FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 N° 1003

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des Péricolites Membraneuses

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Mercredi 23 Avril 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BRETAGNE (PAUL-JOSEPH)

NÉ A NANCY (M.-ET-M.), LE 17 AOUT 1887

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

WEISS, Professeur	*Président.*
HAUSHALTER, Professeur.	*Juges.*
MICHEL, Agrégé	
BINET, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51-53

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 N° 1003

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des Péricolites Membraneuses

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Mercredi 23 Avril 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

BRETAGNE (PAUL-JOSEPH)

NÉ A NANCY (M.-ET-M.), LE 17 AOUT 1887

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

WEISS, Professeur . . . . *Président.*
HAUSHALTER, Professeur. } *Juges.*
MICHEL, Agrégé . . . . } *Juges.*
BINET, Agrégé . . . . . } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51-53
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪ BERNHEIM, ✪ ✻, I ✪.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. ETIENNE, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪,

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, A ✪, agrégé.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, I ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Cliniq. de chir. infantile et orthop. (1).	M. FRŒLICH, I ✪ id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪ id.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, id.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ✪.	DUFOUR, I ✪.	LUCIEN, A ✪.
RICHON, A ✪.	SENCERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, I ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN, A ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✪, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Meis et Amicis

A Monsieur le Professeur WEISS

Avec l'expression de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

A Monsieur le Professeur HAUSHALTER

Que nous avons à cœur de remercier de sa bienveillante sollicitude.

A Monsieur le Docteur Gaston MICHEL

A Monsieur le Docteur BINET

A tous mes Maitres

de la Faculté de Médecine de Nancy.

A Monsieur le Docteur HAMANT

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et n'a pas cessé de nous prodiguer avec une inlassable patience ses conseils éclairés. Qu'il accepte ce faible témoignage de notre vive reconnaissance.

Contribution à l'Etude des Péricolites Membraneuses

Historique

Les adhérences péricæcales et péricoliques ont été décrites pour la première fois par Virchow en 1853, au point de vue anatomo-pathologique surtout.

« Les adhérences partielles de l'intestin peuvent être provoquées par une péritonite partielle, et comme elle est formée parfois de tissus conjonctifs assez riches en vaisseaux, on peut admettre que cette forme d'inflammation est chronique et subaiguë. Cette péritonite chronique partielle est une des maladies les plus importantes. Elle peut se présenter sur tous les points du péritoine; elle se montre, en général, sur un seul point, mais quelquefois sur plusieurs et provoque alors l'adhérence des intestins entre eux. Elle revêt aussi l'aspect d'un amas tantôt régulier, tantôt irrégulier, en touffes. »

Très fréquemment, on trouve des inflammations partielles à la partie postérieure du péritoine, à la racine du mésentère (*Peritonitis chronica-mesenterialis*). Elles se trouvent généralement dans la région des dernières vertèbres lombaires, plutôt à droite, près de l'insertion de l'appendice, et, plus souvent encore, à gauche, sur l'anse sigmoïde. Sur la surface du péritoine, se forment des

couches d'exsudats fibrineux qui couvrent des étendues plus ou moins grandes sans produire d'adhérence de l'intestin, et qui vont bientôt provoquer la formation de tissu conjonctif.

Comme tout tissu conjonctif de nouvelle formation, il subit une diminution de volume, il se contracte en rayonnant; le milieu s'élève et forme une cicatrice en forme d'étoile; à la périphérie de l'endroit atteint se produit de la rétraction. Le mésentère se raccornit, se plie et devient dur. A l'anse sigmoïde, cette rétraction produit un étranglement, suivi d'une rotation complète. En tout cas, dans cette portion de l'intestin dont le mésentère est tordu, rétracté, il se produit une accumulation et une rétention des matières fécales, parce que le développement de l'intestin n'est plus possible. La péritonite partielle se trouve en général aux angles droit ou gauche du colon et provoque généralement des adhérences avec les parties avoisinantes. L'angle droit prend des adhérences avec la partie inférieure du foie, surtout avec la vésicule biliaire et des brides conjonctives anormales envahissent le pylore, le duodenum, l'épiploon et la paroi intérieure de l'abdomen.

A la partie gauche de l'abdomen, il se produit des adhérences entre le colon, l'épiploon, la rate, le diaphragme. D'après leur étendue et leur puissance, ces adhérences provoquent des changements dans la situation des parties, et une exagération de la coudure des angles, de la torsion de l'intestin, des rétractions fibreuses et des rétrécissements partiels de leur lumière.

Cette forme, que l'on peut appeler avec raison péritonite de l'hypocondre, est une des maladies les plus répandues.

Cette affection péritonéale, après être restée longtemps dans l'oubli, négligée comme trouvaille d'autopsie et non reconnue comme entité clinique, reparaît avec une nouvelle vigueur dans la littérature médicale en 1888.

A cette époque, Hoffmann, de Leipzig, publie trois cas diagnostiqués : péricolite exsudative, sans opération, ni autopsie.

On rattachait alors ces adhérences à une inflammation plus ou moins étendue de l'intestin, et, pendant longtemps, les termes de périty phlite et de péricolite furent appliqués indistinctement à toutes les péritonites qui se localisaient à ce niveau. C'est à leur existence qu'on attribuait les douleurs dont se plaignaient les malades qui souffraient de la région cæcale.

En 1902, M. Quenu, sans en faire une affection distincte, signale l'importance des adhérences péricoliques : « Les accidents chroniques, dit-il, me paraissent attribuables non à l'obstacle problématique et nullement démontré de l'angle colique gauche, mais à la gêne apportée à la circulation intra-intestinale du gros intestin par une péritonite ancienne ayant modifié d'une part la musculature intestinale, ayant amené, d'autre part, la formation d'agglutinement d'anses ou de larges brides; ou, enfin, de petites brides minuscules, de ficelles péricoliques rarement capables d'étrangler l'intestin, mais suffisantes pour entraver ses fonctions et entraîner des rétentions temporaires de gaz et de matières. »

En 1903, MM. Tripier et Paviot rencontrent, au cours des autopsies, et signalent de nouveau des signes manifestes de péritonite sous-hépatique adhésive guérie dans plus des trois quarts des cas.

L'année suivante, Arbuthnot-Lane observe, chez des malades atteints de constipation, des adhérences étendues sur le cæcum et le colon ascendant; il constata que l'angle hépatique était le plus souvent touché. C'était là, pour lui, une des causes essentielles de la constipation chronique.

Puis, survint l'ère de l'appendicite avec l'engouement et l'exagération qui accompagnent toute découverte nouvelle; l'appendice fut rendu responsable de toutes les adhérences qui siégaient sur la partie initiale du gros intestin et l' « appendicite chronique » se substitua entièrement à la périty phlite. Dieulafoy, en 1906, réagit contre cette conception trop exclusive dans sa fameuse communication : « Quantité de gens atteints de typhlocolie muco-membraneuse sont indûment opérés de l'appendicite qu'ils n'ont pas. »

Pendant les cinq années qui suivent, quelques auteurs et en particulier Beuttner, signalent des cas de péricolites, le plus souvent post-appendiculaires. En somme, jusqu'à ce moment, tous les auteurs ont entrevu l'importance de ces adhérences péricoliques dans la pathologie intestinale, mais toutes les observations ont été incomplètes; les unes ne sont, en effet, basées que sur des faits cliniques, des hypothèses sans aucune opération, ni autopsie de contrôle; les autres ne sont que des descriptions de pièces anatomiques, sans histoire clinique.

En 1903, au Congrès français de chirurgie, Tavel, de Berne, décrit « la péricolite cicatricielle post-appendiculaire » avec huit observations que nous reproduirons dans le cours de notre travail.

Les premières observations complètes de péricolite nettement distincte de toute autre affectation, furent

publiées en 1906 par M. Potherat; elles concernent deux malades qui, toutes deux, subirent une opération consistant, l'une en une libération pure et simple de l'intestin, l'autre en une appendicectomie et libération des adhérences, suivie d'une entéro-anastomose iléo-colique.

Enfin, le chirurgien qui individualisa véritablement la nouvelle affection est Jackson qui, en 1909, publia neuf observations de péricolite membraneuse avec sept résultats opératoires parfaits.

« Des observations frappantes faites durant ces sept dernières années nous ont persuadé qu'il existe un état pathologique du côlon ascendant dont il faut faire une description particulière, et notre opinion est qu'un traitement chirurgical approprié doit être appliqué. Nous ne prétendons pas avoir découvert ni inventé une nouvelle maladie. Nous sommes sûrs que cet état pathologique a été fréquemment observé par les chirurgiens. Cependant, nous pensons qu'il n'a pas été assez décrit comme entité clinique. »

A partir de ce moment, l'essor était donné à la question, et l'attention des chirurgiens se portait sur ce sujet d'une façon toute spéciale.

En 1910, M. Pierre Duval publiait trois cas de péricolite membraneuse et analysait l'ouvrage de Jackson.

Plus récemment, en janvier 1912, M. Cotte, après une étude sur la péricolite membraneuse, relate une observation personnelle et, en mai 1912, MM. Delore et Alamartine, à l'occasion de deux observations, font une étude très documentée de cette nouvelle affection.

Enfin, M. le professeur agrégé Michel communique au Congrès de chirurgie de 1912 une observation très intéressante que nous reproduirons plus loin.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Comme nous l'avons dit au chapitre précédent, c'est sur les sujets autopsiés que Virchow, le premier, remarqua les lésions que nous allons décrire.

Mais c'est aux constatations faites sur le vivant, au cours des laparotomies multiples pour appendicites chroniques de nature mal déterminée, que l'on doit la connaissance des faits que nous allons exposer.

Jackson, le premier, fut amené à rectifier le diagnostic d'appendicite chronique qu'il avait posé chez une nourrice venue pour le consulter. Trois ou quatre ans plus tard, après avoir subi, à deux reprises différentes, une appendicectomie et une castration unilatérale, souffrant toujours dans le côté, cette malade vient revoir Jackson. On attribue les douleurs aux annexes qu'on avait laissées en place et on fait une nouvelle laparotomie : les annexes étaient saines, le cæcum normal. Il existait seulement, au-dessus du cæcum, une membrane péritonéale, transparente, qui entourait le gros intestin depuis l'angle

hépatique jusqu'au cæcum, et sur laquelle couraient, parallèlement au côlon, de petits vaisseaux rouges. Dans leurs intervalles, la membrane était formée de bandes fibreuses très fines qui se perdaient en arrière sur le péritoine postérieur et fixaient le côlon dans la fosse lombaire en le plissant légèrement. Croyant qu'il s'agissait d'une formation anatomique, on referme le ventre et la malade ne fut pas améliorée.

En somme, nous trouvons dans cette description les caractères anatomiques de la péricolite membraneuse.

Cette affection est caractérisée par la formation, à la surface du côlon, d'une sorte de voile membraneux où courent des vaisseaux plus ou moins parallèles, sans anastomoses, quelquefois spiralés et qui tranchent par leur direction oblique avec les vaisseaux longitudinaux de l'intestin. Ce voile présente des adhérences multiples à la face antérieure du côlon et plaque cet organe sur la paroi postérieure de l'abdomen. Cette membrane se laisse plisser; elle glisse à la surface du côlon et paraît en être séparée « par une nappe œdémateuse qui rappelle l'œdème arachnoïdien doublant la dure-mère sur les cerveaux d'alcooliques », et qui témoigne d'une affection assez récente; le côlon semble « inclus dans un sac transparent un peu étroit pour le contenir sans le rider ». Cette enveloppe conjonctive, fine, vélamenteuse, est d'extension variable; elle peut former un véritable sac autour du cæcum et descendre sur l'appendice et son méso; en haut, elle se prolonge souvent jusqu'à l'angle sous-hépatique; en dehors et en arrière, elle se continue avec le péritoine pariétal, dont elle efface même parfois l'angle de réflexion; en dedans, elle enveloppe le gros intestin et

se relie souvent à l'épiploon. D'ordinaire, elle ne se prolonge pas jusqu'à l'appendice, qui reste libre, ainsi que le fond de l'ampoule cæcale. Cette dernière se dilate et peut acquérir des dimensions considérables.

D'autres fois, ce sont des brides filamenteuses ou des adhérences lamelleuses et souples allant de la face inférieure du foie, ou plutôt de la vésicule, s'insérer sur divers organes sous-jacents.

Chez nombre de sujets on voit l'éventail d'adhérences rayonnant de la vésicule jeter des lames sur le duodénum, le côlon transverse et la partie supérieure du côlon ascendant au-dessous de l'angle droit du côlon. Ces caractères anatomiques ne sont pas toujours aussi tranchés.

Assez souvent, au cours des autopsies, chez des sujets qui, d'ailleurs, ne présentent nulle part ailleurs aucune trace d'adhérences, de brides ou de fausses membranes, il existe le long du gros intestin, surtout sur le transverse, de petites brides perpendiculaires à l'axe, ressemblant à des ficelles barrant et sillonnant la surface du côlon. En général, ces néoformations séreuses ne donnent pas l'impression d'adhérences pathologiques; elles ne sont ni opaques, ni avasculaires, et ont une distribution plus ou moins régulière.

On ne se rend bien compte de ces brides et de ces dépressions qu'en tirant le cæcum en bas et on n'apprécie leur mode d'action qu'après les avoir sectionnées et lorsqu'on voit, une fois libéré, le côlon se distendre et s'allonger brusquement. Le passage suivant d'une observation de M. Delangre en est une preuve :

« Le 22 août 1899, je procède, avec l'aide de mes assistants habituels, à une laparotomie exploratrice sous la narcose au chloroforme. Une incision verticale est pratiquée dans toute la longueur de la zone mate précitée. Le péritoine étant incisé, on tombe sur l'épiploon fusionné assez lâchement au côlon dans une certaine étendue.

La boutonnière abdominale est agrandie aux fins de faciliter le travail de libération de l'intestin. Les adhérences sont sectionnées entre deux ligatures au catgut. La disposition de ces brides néoformées est telle que le gros intestin est rétréci sur une longueur de 5 à 6 centimètres, tandis qu'il paraît distendu en amont de la lésion sténosante. On se rend très bien compte de l'effet nocif de ce tissu scléro-vasculaire, à mesure que progresse la libération, l'intestin se dilatant au niveau des points sectionnés pour finalement acquérir des dimensions sensiblement normales. Une exploration intra-adbominale ne fait découvrir aucune autre lésion appréciable: il n'y a que des adhérences épiplocoliques ».

La péricolite membraneuse peut s'observer ailleurs qu'au côlon ascendant, notamment sur l'S iliaque; cette forme est surtout fréquente chez les vieillards atteints de constipation chronique. Le processus général de sclérose, si fréquent à un âge avancé, s'étend au mésentère qui s'épaissit et se ratatine et peut provoquer un véritable volvulus. M. Quenu a signalé la péricolite membraneuse au niveau de l'angle splénique.

Enfin, un processus de même nature peut exister à la terminaison de l'iléon et entraîner la déformation connue sous le nom de « coudure iléale d'Arbuthnot-Lane ».

En résumé, il est bien évident que la péricolite peut présenter tous les aspects intermédiaires entre le simple voile membraneux et la masse compacte des brides fibreuses. Ces extrêmes se voient d'ailleurs rarement, et ce que l'on rencontre le plus, ce sont des traînées de brides inégalement épaisses dans les intervalles desquels le côlon fait saillie, présentant ainsi un peu l'aspect marronné.

CHAPITRE II

Pathogénie

Par quel mécanisme, sous quelles influences s'établit cette péricolite membraneuse ?

Après avoir passé en revue les diverses théories émises jusqu'à présent, nous discuterons celles qui nous paraissent le plus se rapprocher de la vérité.

D'une façon générale, la plupart des auteurs ont donné à la péricolite une origine inflammatoire et infectieuse consécutive à des altérations des organes voisins : appendice, voies biliaires, vésicule, duodénum, estomac, côlon, organes génitaux et même les reins.

Dans ces cas où la péricolite ne survient que comme complication ou séquelle d'une autre affection, on peut la qualifier de secondaire pour la différencier de la péricolite primitive dont nous parlerons dans la suite.

Longtemps, on a confondu l'appendicite chronique et la péricolite, au point de méconnaître complètement cette seconde affection. Un grand nombre de malades ont subi l'appendicectomie et n'ont été nullement améliorés par

l'intervention. On trouvait l'appendice complètement sain, on fermait le ventre et les douleurs continuaient comme auparavant. Les chirurgiens avertis étendirent alors leurs investigations un peu en dehors du champ opératoire habituel; c'est alors qu'ils découvrirent un appendice sclérosé, souvent englobé dans des adhérences membraneuses, pouvant remonter sur le côlon jusqu'à l'angle hépatique. De là à toujours attribuer à l'appendicite chronique ces néo-formations membraneuses, il n'y avait qu'un pas. On sait que l'appendice provoque dans son voisinage la formation d'adhérences, de brides, de péri-ovarite, de périsalpingite, rien d'étonnant à ce qu'il se produise aussi de la péricolite; ce que l'on sait moins, c'est que ces complications peuvent s'aggraver malgré la guérison de l'appendice ou son extirpation, d'où l'explication de certaines péricolites considérées à tort comme primitives et qui ne sont, en somme, que secondaires à une appendicite non reconnue. M. Walter a noté que, dans 1.453 cas d'appendicites opérées à froid, il avait constaté 104 fois des lames péritonéales de nouvelle formation, soit sur le côlon ascendant, soit sur le cæcum, soit sur l'appendice lui-même; il a trouvé toute la moitié droite du côlon enveloppée d'une sorte de sac membraneux très fin, très vasculaire.

Si certains auteurs accusent l'appendice de tous ces méfaits, d'autres, en revanche, prennent sa défense et font de lui la victime de ces adhérences. Ils admettent que ces voiles entourant l'appendice le compriment, le coudent, oblitèrent sa lumière et, ainsi, provoquent soit une appendicite chronique, soit une appendicite aiguë. Cette opinion, un peu paradoxale, repose sur une théorie qui a été

très en vogue, il y a quelques années. Mais cette théorie du vase-clos, si ingénieuse, a vu, on ne l'ignore pas, son importance bien diminuée par les observations de chaque jour.

MM. Tripier et Paviot, surtout, ont considéré les voies biliaires et principalement la vésicule, comme un foyer d'infection, origine de ces péritonites adhésives anciennes. Il y a des cholécystites légères, à poussées subaiguës, qui peuvent donner lieu à de la péritonite de voisinage et à des infections plus ou moins lointaines dans le reste du péritoine, notamment au niveau de l'appendice et des organes contenus dans le petit bassin.

C'est pourquoi, dans les antécédents du malade, il sera bon de toujours rechercher avec beaucoup de soin les infections si fréquentes et si souvent méconnues de la vésicule biliaire. MM. Cotte et Bressot se fondent sur l'existence fréquente de brides plus ou moins épaisses reliant le fond de la vésicule au pylore et au duodénum, pour affirmer l'origine vésiculaire des péricolites.

Souvent ces brides sont provoquées par une réaction péritonéale au niveau d'un ulcère latent et méconnu de l'estomac et du duodénum.

Par analogie, nous pouvons signaler comme possible la formation de brides péritonéales en un point correspondant à des ulcérations typhiques ou dysentériques. A l'objection que ces lésions siègent, en général, les unes sur la fin de l'iléon, les autres sur le rectum et l'S iliaque, nous répondrons que si la réaction péritonéale est vive, les adhérences peuvent facilement se propager au loin et être constatées soit sur le cæcum, soit sur le côlon descendant.

Il est certain que l'infection est le plus souvent la cause de l'affection qui nous occupe; la présence fréquente de ganglions de la taille d'une lentille à une noisette dans diverses régions de l'abdomen et en particulier à la face postérieure du cæcum, traduit, à défaut d'autres preuves, l'origine infectieuse du processus.

Mais, à côté de ces cas où les lésions des organes voisins sont plus ou moins reconnues, combien y en a-t-il où la péricolite paraît être le premier phénomène morbide du tableau symptomatologique; ce sont ces cas que nous pourrons appeler, avec Bittorf, les péricolites primitives.

Là encore, la diversité des hypothèses est une preuve que, jusqu'à présent, aucune solution satisfaisante de la question n'a été trouvée et qu'elle mérite qu'on s'y attache.

La tuberculose a été envisagée par certains auteurs comme pouvant provoquer la réaction inflammatoire dont nous parlions plus haut; mais, dans tous les cas où la nature de l'affection était rigoureusement reconnue grâce aux différentes réactions cliniques, on avait affaire à des tuberculoses guéries, si bien qu'il était impossible d'en déterminer la forme et l'évolution.

Le chirurgien anglais, Arbuthnot-Lane, qui a attaché son nom à ce chapitre spécial de la pathologie abdominale, estime que ces membranes témoignent d'une réaction de défense de l'organisme et n'ont d'autre but que de s'opposer à la ptose du cæcum.

Pour M. Cotte, c'est dans une formation embryonnaire qu'il faut chercher une explication : « On sait que normalement l'angle droit du côlon est fixé à la paroi abdo-

minale postérieure, non seulement par l'accolement du « mésentérium commune » qui se fait en arrière de lui, mais encore par un ligament spécial, le ligament colique droit, qui résulte de l'accolement du diverticule droit du sac épiploïque. Habituellement, le ligament qui résulte de cette soudure des lames épiploïques au devant de l'épiploon, représente une simple lame triangulaire, qui est fixée d'une part à la paroi et qui, d'autre part, s'épanouit sur l'angle du côlon ; mais, à la rigueur, l'insertion colique du ligament peut descendre plus bas.

Le sac épiploïque qui lui donne naissance peut, en effet, avoir pris, au cours de son évolution, un développement exagéré sur la droite. A un moment donné, il a pu recouvrir complètement le colon ascendant, voire même le cæcum et arriver jusqu'au contact de la face inférieure du rein ou de la paroi latérale de l'abdomen. Dès lors, on comprend qu'au moment où ces lames vont entrer en convalescence, il en résulte un ligament ou un voile qui recouvre plus ou moins le côlon ascendant. »

Après avoir éliminé les affections des organes entourant et avoisinant l'intestin, les altérations de sa paroi, il nous reste à envisager les causes provenant de la cavité même de l'organe et susceptibles de provoquer des réactions péritonéales.

Dans certains cas de constipation chronique et rebelle, on a pu faire jouer un rôle à la compression de la paroi intestinale par les scybales très dures, provoquant des lésions de congestion, de nécrose et même des petites hémorragies ; si l'on ajoute à cela une infection de la muqueuse, rendue possible par la stase exagérée dans l'intestin des matières hyperseptiques, rien d'étonnant

à ce que la séreuse environnante réagisse assez activement pour former les néo-membranes observées.

Il est intéressant de remarquer qu'un assez grand nombre d'auteurs, Hoffmann et Bittorf en particulier, ont invoqué cette coprostase comme la cause la plus habituelle des péricolites. « La locomotion des matières fécales, rendue difficile par la situation peu commode du côlon acsendant, prend part à la formation des colites et des péricolites (HOFFMANN) ».

Mais ce n'est pas la cause unique; le plus souvent, dans les antécédents du malade, on relève soit la colite, soit l'entéro-colite, soit la typhlite et la périty phlite, et alors il est très logique d'associer à ces affections de la muqueuse, les réactions de la séreuse et en faire une péritonite plastique à point de départ intestinal. Au début, c'est une légère inflammation de la muqueuse se propageant à la séreuse au travers de la sous-muqueuse; bientôt, la réaction donne lieu à un exsudat séreux ou à une collection suppurée, qui regressent et finalement disparaissent en laissant persister des brides et des adhérences. L'étendue parfois très limitée de ces membranes est expliquée par la fréquence des colites segmentaires, atteignant des sections très restreintes du côlon.

Il semble que cette hypothèse soit la meilleure de toutes celles que nous avons envisagées; elle répond le mieux aux constatations anatomiques et opératoires; elle cadre le plus souvent avec les antécédents morbides des malades, chez lesquels on relève si facilement les traces d'une des affections intestinales précitées.

Les chirurgiens anglais et américains avaient pensé à une maladie primitive du péritoine et des mésos, d'es-

sense particulière; le nom seul de péricolite membraneuse donné par Jackson aux lésions qu'il a observées est une preuve de cette tendance. Cette hypothèse est difficilement soutenable; quel serait le microbe de cette infection ? Pourquoi certains points du péritoine seraient-ils atteints de préférence à d'autres, où l'on ne rencontre jamais la péricolite ?

En définitive, tout ce processus doit être considéré comme le témoin d'une inflammation à point de départ colique surtout, peut-être appendiculaire, mais rarement vésiculaire ou annexiel. Suivant le degré d'altération de l'intestin, l'intensité de la réaction et probablement la nature du processus, on a différents degrés allant du simple voile membraneux, dans les cas tout à fait chroniques, jusqu'à la véritable tumeur inflammatoire, en passant par les brides et tractus fibreux de la péricolite adhésive-sténosante de Potherat et Delangre. La lésion initiale reste silencieuse, peut même être guérie, et ce ne sont que ses complications péritonéales, par les troubles qu'elles engendrent, qui attirent l'attention du médecin et arment la main du chirurgien.

CHAPITRE III

Symptomatologie

La péricolite membraneuse, en temps qu'entité clinique, est d'apparition trop récente pour que le chapitre de la symptomatologie soit bien au complet. On peut dire que, dans la majorité des cas, ces membranes ne causent aucun trouble à leur possesseur, et c'est le plus souvent leur constatation au cours d'une opération pratiquée pour une toute autre maladie qui en fait faire le diagnostic.

Il est cependant un certain nombre de signes sur lesquels tous les auteurs s'accordent et qui, s'ils ne sont pas absolument pathognomoniques quand on les prend chacun en particulier, peuvent, par leur coexistence chez un même malade, contribuer à fixer le diagnostic.

La péricolite se rencontre surtout entre 25 et 45 ans; elle frappe surtout les femmes. Très souvent, le début est aigu, rarement subaigu; elle survient en pleine santé, parfois chez des constipés chroniques ou des colitiques, rarement chez les dysentériques.

Le symptôme le plus constant est la douleur qui peut aller de la simple gêne ou angoisse intermittente à de très violentes coliques rappelant celles de l'appendicite, dont elles peuvent d'ailleurs avoir le siège. En effet, elles se localisent le plus souvent dans la partie droite de l'abdomen, partent de l'ombilic et même de l'estomac et vont jusque dans la fosse iliaque droite, rarement à gauche. Elles présentent deux maxima: le rebord costal et le point de Mac Burney, d'où des confusions fréquentes avec des lésions de la vésicule ou de l'appendice.

Ces douleurs apparaissent, en général, trois ou quatre heures après le repas et sont d'autant plus vives que le repas a été plus copieux. Les malades redoutent alors à un tel point l'ingestion des aliments, qu'ils se nourrissent d'une façon tout à fait insuffisante et maigrissent très rapidement.

A quoi sont dues ces douleurs? Probablement à l'obstacle apporté au peristaltisme par les brides enserrant le côlon.

La sensibilité locale est très vive; la pression est tellement douloureuse que, dans plusieurs cas, les femmes ne pouvaient plus supporter le port du corset. Certaines positions du malade, certains mouvements, la marche elle-même, peuvent être rendus impossibles du fait de la douleur qu'ils provoquent. Dans les trois observations suivantes, empruntées à Jackson et relatées par M. Cotte, ce symptôme domine nettement.

OBSERVATION I

(COTTE)

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 28 ans, de souche nerveuse, dont l'histoire pathologique date de plusieurs années. Dans son enfance ou son adolescence, elle a toujours été constipée, mais ce n'est que depuis l'âge de vingt ans qu'elle a commencé à ressentir des douleurs abdominales. La première crise remonte à huit ans : elle fut caractérisée seulement par des douleurs au niveau de la région ombilicale, par de la constipation, par des vomissements. L'année suivante, la malade eut une crise qui présenta les mêmes caractères que la précédente ; puis, dans les années qui suivirent, non seulement les paroxysmes douloureux devinrent plus fréquents, mais ils s'accompagnèrent, en outre, de troubles gastriques caractérisés surtout par de la perte de l'appétit, des nausées, des flatulences et de l'hyperchlorhydrie.

Cet état dyspeptique devint peu à peu permanent, si bien qu'en une seule année, de 1906 à 1907, la malade a maigri de vingt livres. Au commencement de 1908, on a remarqué dans les selles l'existence de mucus. Aux mois de mars et avril, la malade a eu des alternatives de diarrhée et de constipation, avec des décharges de mucus abondantes. Le mois suivant, elle a encore maigri de six livres, elle est devenue profondément neurasthénique. Quant aux signes physiques notés chez elle, ils étaient réduits au minimum. L'examen pratiqué à ce moment révélait une douleur très nette à la palpation de la fosse iliaque droite et au niveau de l'épigastre. En dehors de ces phénomènes douloureux, on notait seulement un certain degré de dilatation de l'estomac et de la distension du cæcum.

La malade fut opérée le 8 mai 1910, et, depuis cette époque, elle est restée guérie.

OBSERVATION II

(Cotte)

La deuxième observation a trait à un fermier de 45 ans, qui souffrait depuis quatorze ou seize ans. Sa première crise avait débuté comme une colique estivale, mais le malade eut, à la suite, une diarrhée qui persista quatre ou cinq ans. En même temps, il accusa des troubles digestifs, caractérisés par de l'inappétence et des fermentations gastro-intestinales. Il devint très nerveux et maigrit considérablement.

Depuis quelque temps, il est fatigué lorsqu'il prend des aliments. Deux heures après ses repas, il se plaint de douleurs qui disparaissent ensuite. Il ne vomit pas, mais il a des nausées fréquentes et garde une mauvaise bouche. L'abdomen est toujours un peu douloureux, surtout à droite de l'ombilic, mais ces douleurs sont moins marquées lorsque le malade se purge.

Récemment il a eu, à nouveau, une diarrhée muqueuse, et, depuis cette époque, il souffre immédiatement après ses repas. Cela explique bien la dépression et la neurasthénie dans laquelle il est tombé.

Dans l'idée qu'il existe une appendicite chronique, on intervient le 10 mai 1908. L'intervention montre que l'appendice ne présente aucune trace d'inflammation récente, mais il est long, coudé, et il paraît nettement induré. Dans ces conditions, il nous semble donc qu'il s'agissait bien plutôt là d'une appendicite chronique que d'une péricolite.

OBSERVATION III

(Cotte)

Le troisième fait concerne une jeune femme, qui eut, au mois de mars 1904, une entérite pour laquelle elle fut mise au lit pendant six semaines. Elle se maria au mois de mai

suivant et commença, peu après, une grossesse qui évolua sans incident. Depuis le mois de février 1905 jusqu'au mois de mai 1908, elle se plaignit de douleurs plus ou moins violentes, surtout marquées au niveau de l'estomac et dans le côté droit de l'abdomen. Ces phénomènes sont toujours plus ou moins accusés dans la semaine qui précède la menstruation. A la fin du mois de mai, la malade prit une crise dans laquelle elle eut des crampes d'estomac et des coliques intestinales très violentes. En même temps, elle eut des selles muqueuses tout à fait caractéristiques. En juillet, ces crises s'accompagnèrent de vomissements et de diarrhée. Puis, peu à peu, les fonctions gastriques devinrent irrégulières. Pendant le mois d'août, la malade est obligée de se faire des lavages d'estomac quotidiens, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir beaucoup de difficultés à supporter la nourriture. Elle se nourrit exclusivement avec des œufs et des céréales ; mais malgré cela, elle souffre de douleurs qui reviennent après chaque repas. Au mois de septembre, elle est dans un tel état de faiblesse qu'elle était obligée de rester au lit ; enfin, au mois d'octobre, elle prend un crise avec un état syncopal grave, d'où il est difficile de la ramener et elle rentre à l'hôpital, où elle est opérée.

OBSERVATION IV

(Potherat)

La malade est une femme de 52 ans. Ici encore les accidents sont apparus sourdement, progressivement et étaient caractérisés par des douleurs, des coliques violentes, des arrêts partiels des matières et des gaz ; depuis plusieurs années, mais surtout depuis huit à dix mois, les douleurs étaient peut-être plus vives que dans le cas précédent, car un médecin qui avait assisté à une crise, l'avait qualifiée de colique de miserere. En outre, la malade ressentait comme une traction douloureuse, s'étendant de la ceinture vers le pelvis, et plus particulièrement vers le côté droit. Elle éprouvait « comme de violentes poussées arrivant à droite ». Chez

elle aussi, l'ingestion d'aliments ne tardait pas à provoquer de violentes douleurs ; aussi se retenait-elle de manger et maigrissait-elle rapidement, et pourtant elle avait faim et « eut mangé avec plaisir ». Une constipation opiniâtre, mais pas de glaires, pas de sang dans les garde-robes, pas de débâcles. Les gaz s'évacuaient-ils facilement, tout allait bien ; mais étaient-ils retenus, alors le ventre se ballonnait, les douleurs avec violente tension à droite apparaissaient, et la malade prenait l'attitude pliée en deux pour relâcher son ventre. Dans l'espace de sept à huit mois, je vis cette malade cinq à six fois. Tantôt on sentait nettement une tumeur dure, irrégulière, bosselée, mobile, sonore à la percussion, siégeant sur le côlon ascendant, vers la moitié de sa hauteur ; tantôt elle était peu accessible, ou avait même totalement disparu.

Le diagnostic ne laissait pas, dans ces conditions, que d'être très difficile. Il ne put être élucidé par un médecin des hôpitaux, très familiarisé avec les maladies de l'estomac et de l'intestin. Après lui, M. Quenu pensa à une appendicite chronique, mais sans être affirmatif.

Je pensai toutefois, en présence de la marche croissante et inquiétante de l'amaigrissement et du dépérissement, qu'il y avait intérêt à intervenir chirurgicalement, et la malade s'y étant résignée, je pratiquai, au mois de février dernier, la laparotomie latérale droite.

Dès que je fus dans le ventre, dès que j'eus sous les yeux le grand épiploon et le côlon ascendant, dès surtout que j'eus palpé cette portion de l'intestin, j'acquis la conviction que je me trouvais en présence d'un cas de sténose du côlon. Pas de tumeur ; un intestin à paroi un peu épaissie, mais sans noyaux, sans dureté, souple ; un grand épiploon étalé à la surface, adhérent en dedans, au devant, en dehors, à l'intestin, à la paroi abdominale, au méso-côlon et enserrant le conduit dans des brides demi-circulaires, transverses, très rapprochées et s'étendant depuis le cæcum très dilaté, jusqu'à l'angle droit du côlon transverse qui était, lui, notablement rétracté.

J'enlevai d'abord l'appendice qui ne présentait rien d'anormal, puis je libérai le grand épiploon de ses adhérences là où je le pouvais, le sectionnant entre des ligatures là où je

pouvais le détacher sans risquer de déchirer l'intestin. Puis, quand il eut été complètement libéré et récliné en haut et à gauche, craignant que, en raison de l'importance et de l'étendue des adhérences et des surfaces plus ou moins cruentées, les accidents ne se reproduisent, je fis, par mesure de précaution, une entéro-anastomose iléo-colique entre la fin de l'iléon, et le côlon descendant, près de l'S iliaque, puis je refermai le ventre.

Le résultat opératoire fut parfait, mais le résultat thérapeutique fut plus long à s'affirmer que dans le cas précédent. Il faut dire que les accidents étaient plus anciens et le processus anatomo-pathologique plus important. Cependant, les matières et les gaz reprirent peu à peu leur cours normal ; au bout de quatre semaines, la malade, qui était condamnée au lit par son état de faiblesse, put se lever, marcher, se promener, aller en chemin de fer, manger et remonter son organisme. Toutefois, je l'ai revue il y a un mois ; elle n'est pas satisfaite, elle a mal partout, elle gémit, déclare qu'elle n'est pas guérie, qu'elle ne va guère mieux qu'avant. En réalité, son intestin fonctionne bien, elle peut manger de tout, elle a repris un embonpoint encore très insuffisant, mais très notable si on le compare à l'état dans lequel elle était avant l'opération. Malheureusement, elle a fait et fait encore un usage immodéré de gouttes de Gallard, de piqûres de morphine ; elle est nettement morphinomane et c'est l'intoxication par la morphine qui empêche ou retarde son complet rétablissement, car les accidents essentiels de la sténose-intestinale ont disparu.

On a noté également des douleurs irradiées dans diverses régions, le dos en particulier ; l'observation suivante de Tavel en est un exemple.

OBSERVATION V

(Tavel)

Mlle X..., 27 ans. Toux et crachement de sang à l'âge de 17 à 18 ans.

A 25 ans, pendant qu'elle était à Lyon, elle est prise subitement d'une forte diarrhée et de vomissements. Du reste, comme jeune fille, elle dit avoir ressenti, à plusieurs reprises, des douleurs et des points dans le ventre. Elle n'a jamais gardé le lit pour ces douleurs.

Trois semaines après ce premier accès à Lyon, elle est reprise de douleurs avec ballonnement du ventre, vomissements, et doit garder le lit.

A l'âge de 26 ans, elle a, pendant le courant de l'année 1900, quelques faibles accès, mais n'est pas obligée de garder le lit, sauf en septembre un jour.

En février 1901, nouvel accès à Berne, puis plus rien jusqu'en octobre 1902, où elle est reprise d'un violent accès, avec vomissements et diarrhée.

Tous ces incidents n'ont guère attiré son attention et ce n'est que quand on la questionna exactement qu'elle fournit ces indications.

Elle souffre beaucoup plus dans le dos que dans le ventre, et c'est ce point surtout qui la tourmente et dont elle parle ; elle peut à peine se baisser, marche quelquefois toute courbée, et depuis deux ans environ, est soignée pour une spondylite qui ne s'améliore, ni par le décubitus dorsal, ni par les autres traitements employés.

Un examen exact du dos montre qu'il ne peut être question de spondylite déclarée ; néanmoins, il existe une certaine sensibilité à la pression et au mouvement, mais sans localisation déterminée. Dans le décubitus dorsal, les jambes sont élevées facilement et sans provoquer de douleurs dans le dos. L'examen du ventre montre qu'il n'y a pas d'abcès par congestion, mais une forte sensibilité dans la région du côlon ascendant, où l'on sent une tumeur en boudin, peu mobile et très sensible à la pression.

Rien de suspect aux poumons. Cœur normal.

Diagnostic : Péricolite post-appendiculaire.

Opération : Incision étoilée de Roux ; le cæcum est assez mobile, mais le colon ascendant est fixé par sa partie latérale externe à la paroi abdominale, au moyen d'adhérences en nappe qui paraissent l'empêcher de se dilater ; c'est apparemment pour cela que le cæcum ne se vide pas et produit la tumeur sentie à la palpation. L'appendice n'est pas adhérent et paraît normal ; il est excisé. La muqueuse de sa base est d'aspect normal ; à sa partie moyenne, la muqueuse est injectée et la lumière de l'appendice renferme un peu de matières fécales ; le bout de l'appendice est oblitéré.

Dès après l'opération, les douleurs disparaissent complètement pour ne pas revenir.

Dans l'observation 18, page 61, pendant deux ans, les douleurs ont surtout siégé dans le dos.

Les troubles intestinaux ne manquent à peu près jamais; ils revêtent les aspects les plus divers; tantôt c'est une constipation opiniâtre dont les plus violents purgatifs ont à peine raison; tantôt ce sont des alternatives de diarrhées et de constipation; tantôt enfin de véritables débâcles muqueuses.

Das les trois observations de la page 20, M. Cotte attire précisément l'attention sur cette dernière forme qui semble assez fréquente.

A cette insuffisance intestinale succède bientôt une insuffisance gastrique caractérisée par une langue saburrale, blanche, par des indigestions récidivantes pouvant aller jusqu'aux vomissements incoercibles, par des nausées, des sensations de lourdeur après les repas, des digestions lentes et pénibles, enfin de l'anorexie.

OBSERVATION VI

(Duval)

Le premier cas concerne une dame d'une quarantaine d'années qui, dix ou douze ans auparavant avait subi une hystérectomie vaginale compliquée de péritonite grave. Elle présentait les troubles intestinaux suivants : crises de diarrhée muqueuse rebelles à tout traitement, douleur constante dans la partie droite de l'abdomen, avec maximum à l'angle hépatique, en dehors et en dessous du point vésiculaire, dilatation considérable du cæcum au moment des crises, mais qui persistait constamment moyenne. Dans ce cas, il se constituait presque à certains moments de petites crises d'occlusion incomplète qui se terminaient par la diarrhée mentionnée.

Laparotomie droite en juin 1907 : adhérences vélamenteuses péricoliques prononcées, surtout au niveau de l'angle hépatique ; cæcum libre et dilaté, résection des adhérences. Guérison complète maintenue jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis près de trois ans.

OBSERVATION VII

(Potherat)

Il s'agit d'une jeune femme de 21 ans qui, sans antécédents dignes d'être notés, commence dès l'âge de 16 ans à ressentir dans le flanc droit des accès douloureux survenant d'abord tous les trois mois environ, mais sous forme de crises si violentes que la malade est obligée de s'aliter.

Ces crises se produisent généralement après trois à huit jours de constipation opiniâtre ; elles s'accompagnent de céphalalgie, de vomissements, et tout le côté droit est d'une extrême sensibilité. Ce tableau clinique pourrait aisément faire croire à une appendicite.

Dans la suite, les accidents vont en augmentant, tant sous le rapport de la fréquence que de l'intensité, jusqu'à l'âge de 21 ans, où la malade se présente à l'examen du docteur Delangre. Au cours de ces cinq dernières années, de 16 à

21 ans, plusieurs praticiens se succèdent au chevet de la patiente et prescrivent vainement les régimes les plus divers, des laxatifs, des potions acides, alcalines ou soporifiques, des lavements, des injections vaginales très chaudes et une thérapeutique locale extrêmement variée. Au moment où nous la voyons — c'est le docteur Delangle qui parle— son état général est médiocre : elle est émaciée et a un teint cachectique jaune sale. Elle est atteinte de dysménorrhée. Les selles sont dures, recouvertes de mucus, mais non décolorées L'analyse de l'urine ne décèle ni albumine, ni sucre. L'examen de la poitrine ne révèle rien de particulier. Notre attention est exclusivement attirée du côté du ventre : la patiente se plaint d'inappétence, de ballonnement et de coliques violentes qui l'incitent à déambuler toute courbée. La palpation du ventre, quelque peu tympanisé, nous permet de relever une certaine sensibilité anormale dans le flanc droit et qui se prolonge dans la fosse iliaque du même côté, sans pourtant présenter le point de Mac Burney. Au niveau du périmètre lésé, au point correspondant de la projection du côlon ascendant à la paroi abdominale, la zone est mate à la percussion et l'on croit percevoir au toucher moins de souplesse qu'en d'autres points du ventre, mais il faut reconnaître que cette sensation est bien vague.

En présence de la symptomatologie assez obscure présentée par cette malade, dont la déchéance s'aggrave de jour en jour, il n'est plus permis de temporiser. L'intervention chirurgicale proposée par nous et acceptée par la malade aura donc pour but d'éclairer le diagnostic et d'opposer à la lésion constatée de visu le traitement approprié.

Les troubles cæco-coliques ont une très grande importance en ce qu'ils permettent de localiser la lésion; ils se traduisent par des phénomènes subjectifs et objectifs. Les malades souffrent de crises douloureuses, de distension cæcale, accompagnées d'obstruction légères et passagères, de constipation suivie de débâcles diarrhéiques. La stase cæcale est décelée par le clapotage, le gargouillement et les distensions intermittentes. Cette stase

intestinale observée si souvent résulte de deux faits : des entraves apportées à la circulation des matières par les brides et les adhérences et, en second lieu, de la paralysie ou de l'atrophie des tuniques musculaires causées, selon la loi de pathologie bien connue, par l'irritation, l'inflammation du péritoine sus-jacent.

Cette constipation cæcale présente une gravité bien plus considérable que les autres formes de constipation ; en effet, dans le cæcum, les aliments sont plus liquides que dans les autres parties du côlon ; ils sont donc plus résorbables, et la fermentation microbienne y est plus active.

Cette production de toxine entraîne un état général grave, provoque de la fétidité de l'haleine, des vertiges, une état de malaise très prononcé, et conduit à une inanition profonde avec phénomènes neurasthéniques, mélancolie pouvant aller jusqu'au suicide.

Cette constipation peut aussi, au début, simuler une obstruction intestinale avec tous ses symptômes, facies péritonéal, absence de gaz et de matières, pouls peu accéléré, leucocytose marquée, de l'indican dans l'urine.

Les phénomènes d'intoxication générale, teint terreux, perte des forces, amaigrissement, sont parfois si accusés qu'ils ont pu faire penser à la tuberculose ou au cancer, avec d'autant plus de raison que la palpation permettait de sentir dans la fosse iliaque une tumeur formée par un cæcum dilaté ou par un paquet d'adhérences fibreuses simulant une néoplasie bacillaire ou cancéreuse. De plus, la cachexie très prononcée pouvait s'accompagner d'œdème des membres inférieurs, d'urine albumineuse, de congestions hypostatiques aux bases et de refroidisse-

ment des extrémités, réalisant ainsi la scène terminale d'un cancer.

La fièvre est très rare; dans des cas exceptionnels, on peut toutefois la rencontrer; on peut la mettre sur le compte de la maladie primitive si l'on a affaire à une péricolite secondaire, soit à une appendicite, une annexite ou une cholécystite. Si l'on considère la péricolite comme primitive, la fièvre témoignerait de la réaction inflammatoire au niveau du péritoine. Enfin, on peut attribuer les températures parfois fort élevées comme dans l'observation suivante, à l'intoxication stercorale, accompagnant la stase.

OBSERVATION VIII

(Tavel)

Mlle X..., 25 ans. A 20 ans, violent accès de périty phlite ; un an plus tard, nouvel accès. Dès lors, toujours des douleurs de temps en temps, surtout au moment des règles.

Pas de constipation, aucun symptôme du côté des urines. Pas de palpitation, ni de troubles de respiration.

L'examen de la malade ne révèle rien d'anormal aux organes thoraciques et abdominaux, sauf une sensibilité dans la fosse iliaque droite, où l'on sent l'appendice gros comme un doigt.

Opération le 8 février 1900 (trois ans après le premier accès).

Incision étoilée de Roux. L'appendice, un peu adhérent et turgescent, est excisé. Asepsie sèche, ayant fait l'opération dans une autre clinique que celle où j'opère ordinairement.

Pendant quatre jours, ni vents ni selles, fort ballonnement, vomissements et élévation de la température sans symptômes péritonitiques graves.

Ce n'est que le cinquième jour que la circulation intestinale se rétablit. Dès lors, les mêmes douleurs qu'avant l'opération.

Le 19 mai 1902, l'opérée glisse et tombe sur le dos. Dans les heures suivantes, il se produit une tumeur dans le flanc droit ; le jour même, l'urine contient du sang.

Depuis lors, de temps en temps de la fièvre et des accès de douleurs plus ou moins fortes dans la région lombaire, partant de la vessie et nécessitant un cathétérisme fréquent, ensuite de cystite et de pyélite. La fièvre continue jusqu'en 1903.

Le docteur Arnd voit Mlle X... le 17 janvier 1903.

Dès lors, la température varie constamment entre 38° et 39°,5, descend rarement le matin jusqu'à 37° ou 37°,5.

A différentes reprises, avant le 1er janvier 1903, elle était montée bien au-dessus de 40°, le 16 décembre au soir, par exemple, jusqu'à 43°. Antérieurement, plusieurs fois la température avait atteint 44° dans l'aisselle et dépassé une fois 44°,5 dans le rectum, si bien que la dilatation de la colonne de mercure fit sauter le thermomètre qui ne pouvait monter au delà, fait contrôlé par le professeur Sahli et le docteur de Salis.

Vomissements très fréquents pendant toute cette période.

Traitement par l'urotropine jusqu'à trois grammes par jour et instillation de nitrate d'argent.

L'urine est trouble, coli-bacilles en culture pure.

Rein mobile, sensible à la pression.

Le 11 février 1903, néphropexie (docteur Arnd) ; le rein présente des cicatrices, mais, du reste, aucune modification appréciable.

L'opération n'amène aucun changement dans la fièvre ; néanmoins, les douleurs dans le dos et la sensibilité du rein disparaissent.

La sensibilité de la région cæcale, les vomissements et la fièvre persistent. Aucun régime n'influence cet état. La quantité d'urine varie avec la quantité des vomissements ; elle diminue quand ils sont fréquents.

Entrée à Salem le 29 avril, la malade continue à avoir de la fièvre variant ordinairement entre 38° et 39°,5, des vomissements, etc...

Je la vois le 18 mai avec le docteur Arnd. La région du côlon ascendant est sensible à la pression. Par le rectum, on

constate une sensibilité prononcée dans la région de l'ovaire droit. Notre diagnostic est : périovarite et péricolite.

Opération le 20 mai 1903. Narcose à l'éther.

Incision médiane. On trouve la cicatrice de l'excision de l'appendice parfaite, sans adhérences, le côlon ascendant, au contraire, très fortement adhérent à la paroi abdominale latérale. Ces adhérences vont à la partie supérieure de haut en bas et à la partie inférieure de bas en haut ; elles convergent vers le milieu du côlon ascendant, dont la bandelette antérieure rétractée et proéminente forme une bride épaisse qui rapproche le cæcum normal de l'angle colique droit et plisse l'intestin transversalement. En outre, l'épiploon est très adhérent au côlon ascendant en plusieurs endroits. On trouve, de plus, une bride partant de l'épiploon et allant au sommet de l'utérus. La trompe et l'ovaire droit sont adhérents entre eux ; le bout de la trompe forme un petit kyste ; le tout est adhérent à la paroi du petit bassin.

La bandelette est d'abord coupée en escalier pour l'allonger, mais cette plastique pouvant donner lieu à une nouvelle rétraction cicatricielle, il paraît plus prudent de l'exciser et de péritonéiser la surface opérée par une petite suture longitudinale.

Les brides sont excisées, la trompe et l'ovaire droit enlevés et le ventre refermé.

Tandis que, la veille de l'opération, la température était encore de 38°,4, le jour même elle ne monte plus qu'à 38°,1, pour aller à 38°,9 le lendemain et redescendre à 37°,4 le troisième jour.

Dès le cinquième jour, la température reste au-dessous de 37°.

Les vomissements ont cessé complètement, les douleurs ont disparu, la température est absolument normale. Seule, la cystite n'est pas encore guérie complètement au milieu de juin. Appétit excellent.

L'examen radiologique, qui joue actuellement un si grand rôle dans toutes les branches de la pathologie, peut être utilisé dans ce cas avec succès. Il repose sur l'exa-

men d'une bouillie bismuthée cheminant dans l'intestin. Normalement, cette bouillie, six heures après l'ingestion, se trouve dans le cæcum, onze heures après, à l'angle splénique.

Tout retard dans le cheminement du bismuth témoignera d'une insuffisance motrice de l'intestin due à un obstacle apporté au péristaltisme, le plus souvent par des brides, des adhérences ou par un rétrécissement de la lumière. Dans ce cas, la diminution du calibre de l'ombre révèle en quel point siège la constriction. On se rend compte de tout l'intérêt que présente cet examen au point de vue du diagnostic et du traitement. De tous les signes que nous avons relatés, aucun ne permet de préciser le siège de la lésion; ce sont uniquement des symptômes fonctionnels généraux. Le signe de la douleur qui, dans presque toutes les régions de l'organisme, permet de localiser avec précision le point atteint, est ici d'une infidélité décevante; tout le monde connaît, en effet, la difficulté de la localisation de la douleur dans l'abdomen.

Les deux observations suivantes, de M. Labbe, nous montrent l'importance que prend de plus en plus l'exploration radioscopique.

OBSERVATION IX

(Marcel Labbe)

Mme C..., 35 ans, domestique, entre le 17 avril 1912, salle Briquet, nº 13.

Elle nous raconte que, six mois auparavant, elle a éprouvé subitement, en soulevant un fardeau, une violente douleur

dans la fosse iliaque gauche ; depuis lors, elle a souffert chaque fois qu'elle marchait ou qu'elle allait à la selle. En outre, une constipation tenace s'est installée, nécessitant des purgations et des lavements répétés ; une période de deux ou trois jours seulement a interrompu cette constipation.

La douleur iliaque s'est accentuée progressivement et, depuis deux mois, elle est devenue très vive ; elle est continuelle, diurne et nocturne, et empêche le sommeil ; elle est augmentée par la défécation et irradiée vers la région lombaire et vers la cuisse. Il n'y a pas d'autre trouble digestif, pas de vomissements, pas de perte d'appétit. Le foie paraît normal. L'estomac est seulement un peu abaissé. Cependant, la malade dit avoir maigri notablement. L'abdomen offre un certain degré de météorisme. La palpation de la fosse iliaque gauche est douloureuse ; pourtant, on peut palper profondément sans percevoir aucune induration suspecte de l'intestin.

La malade n'a jamais eu d'enterroragie et l'examen répété des selles montre qu'elles ne contiennent pas de traces de sang. A plusieurs reprises, nous constatons un aspect ovillé des fèces. Celles-ci ne sont jamais rendues spontanément et ne se produisent qu'à la suite de lavements.

L'examen radiologique est fait à plusieurs reprises : 1° après absorption de cent grammes de bismuth par la bouche, on aperçoit l'intestin rempli par le sel et, dans la fosse iliaque gauche, on constate un point légèrement rétréci ; 2° un lavement de bismuth donnée à la malade couchée sur le côté gauche ne passe pas et s'accumule dans l'ampoule rectale ; 3° un lavement de bismuth administré à la malade, couchée sur le dos, passe facilement, mais on constate encore sur l'anse sigmoïde un point rétréci.

Ces divers symptômes : constipation, selles ovillées, ballonnement du ventre surtout marqué au niveau du cæcum et du côlon transverse, douleur sur l'anse sigmoïde, constatation d'un rétrécissement aux rayons X, nous imposant le diagnostic de sténose intestinale, nous confions la malade à notre collègue, M. Mauclaire, qui l'opère le 25 mai.

A la partie inférieure de l'S iliaque, il constate sur une longueur de 5 à 6 centimètres des lésions de péricolite membraneuse. La surface de l'intestin est rouge et recouverte de

membranes allongées, vascularisées ; les parois de l'intestin ne sont pas épaissies, mais son calibre est rétréci.

M. Mauclaire sectionne les brides membraneuses.

OBSERVATION X

(Marcel LABBE)

M..., garçon d'hôtel, 54 ans, entre le 8 juin 1912, salle Rayer, n° 8.

Le début de sa maladie remonte à 2 ans et demi. Il commença à perdre l'appétit, puis apparut une constipation progressive, opiniâtre, nécessitant des lavements répétés. Elle s accompagnait de douleurs abdominales, de ballonnement du ventre et de tenesme. Les selles étaient formées de petites boules dures.

En juin 1910, il fut opéré par le docteur Mauclaire, qui trouva au niveau du cæcum une péricolite membraneuse bridant l'intestin ; il sectionna les brides.

Durant le premier mois, M... alla mieux ; les phénomènes d'obstruction avaient disparu, les selles étaient faciles ; mais, au bout d'un mois, la constipation s'installa de nouveau, opiniâtre, ne cédant qu'aux lavements.

Trés fréquemment, M.. ressent dans la fosse iliaque droite, au niveau de la cicatrice opératoire, des douleurs accompagnées d'une sensation de constriction, il se forme alors dans la région une tumeur arrondie qui disparaît avec un bruit de gargouillement lorsque l'on presse à sa surface.

L'appétit est très médiocre. L'état général devient de plus en plus mauvais. Le malade maigrit et perd ses forces. C'est alors qu'il entre de nouveau à l'hôpital de la Charité.

Nous constatons, dans la fosse iliaque droite, une saillie formée par le cæcum ballonné ; la palpation est douloureuse ; elle permet de sentir une masse résistante formée par le côlon entouré de membranes inflammatoires. Les selles ne se produisent qu'après les lavements ; elles sont décolorées, semi-liquides.

Les urines contiennent de l'albumine. Les jambes sont enflées le soir. A l'auscultation des poumons, on entend des râles sous-crépitants aux deux bases.

Un examen radioscopique fait par M. Carrie, après ingestion de bouillies bismuthées, mettent en évidence un rétrécissement du calibre du gros intestin, au niveau du côlon ascendant. Voici le protocole de l'examen : le 17 juin, à 5 h. 39 du soir, ingestion de 100 grammes de bismuth. Le 18 juin, à midi, on retrouve le bismuth dans le cæcum ; il n'a pas dépassé l'angle colique droit.

Le 19 juin, à 3 heures, le bismuth a atteint l'angle colique gauche et commence à pénétrer dans le côlon descendant. Un lavement bismuthé pénètre sans peine jusqu'à l'angle colique gauche, où il se confond avec le bismuth pris l'avant-veille.

Le malade retourne chez notre collègue Mauclaire, qui l'opère en juillet et découvre une péricolite compliquée d'épiploïte qui n'existait point lors de la première intervention. Il pratique une résection de l'épiploïte et une entéro-anastomose.

L'opération n'est point suivie d'amélioration ; le malade continue à se cachectiser progressivement et meurt.

L'autopsie permet de constater qu'il n'y a nulle part de tuberculose, pas même au niveau des masses épiploïques enflammées et que l'entéro-anastomose a bien fonctionné.

Dans l'observation (page 81) que M. le docteur Michel a présentée, en 1912, au Congrès de Chirurgie, on peut dire que c'est sur les seules données de la radioscopie que le diagnostic a été posé et le traitement institué.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Nous allons d'abord nous efforcer de tracer à grands traits les éléments nécessaires à la détermination de la maladie. Mais ainsi que dans toute la pathologie intestinale, aucun des symptômes n'étant caractéristique d'une affection déterminée, c'est d'abord par le tableau d'ensemble de ceux-ci et plutôt par la comparaison avec d'autres affections acuellement bien décrite, par élimination, que nous espérons arriver à un diagnostic exact.

Dans toutes les observations que nous avons consultées, les malades étaient dans l'âge moyen de la vie, de 25 à 40 ans. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes; sur les 31 observations relatées dans ce travail, 22 concernent les femmes et 9 seulement les hommes.

Le début est souvent brusque et survient en pleine santé, souvent cependant chez les constipés habituels. La douleur existe toujours avec prédominance à droite, continue ou discontinue, avec des intervalles de bien-être relatif. Au bout de peu de temps, survient une triade clinique ainsi constituée : troubles gastro-intestinaux diffus,

phénomènes d'intoxication générale, troubles de stase cæco-coliques. La fièvre est un symptôme trop inconstant sur lequel il est impossible de se baser.

Voici une observation de Potherat qui esquisse parfaitement le tableau symptomatologique habituel de la péricolite membraneuse.

OBSERVATION XI

(POTHERAT)

Dans le courant du mois de septembre 1905, un confrère de Seine-et-Marne m'adressait à l'hôpital de Bonsecours une ouvrière de 42 ans, avec le diagnostic de tumeur probablement maligne de la région sous-hépatique.

Cette femme souffrait depuis plus d'un an et surtout depuis plusieurs mois de douleurs tantôt vives, tantôt sourdes, répandues dans tout le ventre et rappelant parfois de violentes coliques. En étudiant de près ces coliques, on arrivait à les localiser surtout à droite, c'est-à-dire que la malade ressentait des douleurs prenant naissance dans le ventre, autour de l'ombilic, mais se portant vers la fosse iliaque droite et le côlon ascendant, où elles arrivaient à leur maximum d'intensité. Elles devenaient surtout violentes quelques heures après l'ingestion d'aliments et cela avec une telle régularité que la malade en arrivait à redouter les repas.

Tantôt le ventre était souple, tantôt il était tendu, ballonné, et c'était alors que les douleurs étaient les plus vives. Parfois, il y avait une assez abondante évacuation de gaz, qui amenait un grand soulagement ; d'autres fois, les gaz, après avoir longuement cheminé dans l'intestin, s'arrêtaient vers la droite et semblaient s'y accumuler. La constipation était habituelle ; toutefois les matières étaient ordinairement moulées, sans que l'on y remarquât de glaires sanguinolentes ou muqueuses. Les laxatifs et les purgatifs, lorsqu'ils avaient

un résultat appréciable, amenaient une amélioration qui pouvait se prolonger plusieurs jours. On n'observait jamais de véritables débâcles intestinales. Jamais de vomissements. La malade s'alimentait de moins en moins, non pas tant par anorexie, car elle avait souvent vraiment faim, mais plutôt ainsi que je l'ai dit, parce qu'elle redoutait de voir survenir les violentes douleurs dont l'ingestion des aliments paraissait être l'occasion, quels que fussent d'ailleurs la nature ou l'état des aliments ingérés. Aussi était-il survenu un amaigrissement considérable de tout le corps, marqué surtout à la face et au thorax. Cette femme présentait l'habitus extérieur des cancéreux de l'estomac arrivés à une période avancée.

Quand on l'examinait, on trouvait le plus souvent l'abdomen météorisé. L'examen du pelvis ne révélait rien d'anormal, mais, en procédant à un palper méthodique du ventre, on sentait nettement à droite, au-dessus du foie, en dehors du bord externe du muscle droit, une tumeur allongée verticalement et un peu transversalement, tumeur irrégulière, bosselée, dure, du volume du poing environ, indolente à la pression, peu ou pas mobile, nettement sonore à la percussion. Très facile à sentir et même à voir quand le ventre était très ballonné, elle semblait disparaître, s'enfoncer, quand le ventre devenait plus souple. Rien d'autre dans l'examen minutieux de la malade ne retenait l'attention ; le foie, la rate paraissaient normaux ; les reins fonctionnaient normalement ; ni sucre, ni albumine dans les urines, rien d'appréciable au cœur ou aux poumons.

En face de cette tumeur siégeant à droite, à surface irrégulière, dure, peu mobile, mais sonore à la percussion, s'accompagnant de rétention intermittente des matières et des gaz et de douleurs en rapport avec cette rétention, je portai, bien qu'il n'y eût ni glaires, ni sang altéré dans les garde-robes, et qu'on n'observât pas de véritables alternances de débâcles et de constipation, je portai, dis-je, le diagnostic ferme de néoplasme de l'angle droit du côlon. J'offris à la malade de l'opérer, elle accepta et je me mis en devoir d'intervenir, me proposant, suivant les circonstances, c'est-à-dire suivant l'état des lésions, de faire une résection ou une entéro-anastomose avec ou sans exclusion.

Dans ce but, je fis une laparotomie latérale ; j'arrivai immédiatement sur le côlon : il était dilaté jusqu'au cæcum, il était affaissé sans être manifestement rétracté au niveau du transverse. Dans toute la région de l'angle, il était en partie voilé par le bord droit du grand épiploon, s'étalant à sa surface, et adhérant à lui et au foie, formant une surface hérissée de saillies et de dépressions transverses perpendiculaires à l'axe du conduit. Je m'attendais, et l'examen visuel me le faisait prévoir, plus encore que mes déductions cliniques, je m'attendais, dis-je, à sentir là une tumeur dure, ligneuse, irrégulière ; mais grande fut ma surprise quant, au palper, je trouvai un intestin à parois un peu épaissies, mais souples encore et sans nulle trace de tumeur. Saisissant alors le grand épiploon, je le vis adhérer fortement à l'intestin d'une part, au foie de l'autre, et creuser, pendant les tractions, de profonds sillons à la surface de cet intestin. Je pensai de suite que ces adhérences pouvaient être la cause des troubles observés et je me mis en devoir de libérer le côlon ascendant et l'angle de ces adhérences épiploïques d'une part, et hépatiques d'autre part. Ce fut assez laborieux, mais j'y parvins toutefois. La vésicule était libre et ne présentait rien d'anormal, ainsi que les voies biliaires. Je refermai le ventre, bornant à cette libération de l'intestin toute mon intervention.

Si nous rencontrons chez un malade tous les symptômes relatés plus haut, nous ne pourrons pas encore affirmer l'existence d'une péricolite membraneuse. Il nous faudra, auparavant, éliminer d'autres affections à symptomatologie semblable, que nous allons passer en revue, et constituer ainsi une sorte de chapitre du diagnostic différentiel.

L'impression qui se dégage à la lecture de l'observation précédente est celle d'une affection abdominale bien connue maintenant et décrite dans tous les traités classiques : nous voulons dire l'appendicite chronique.

C'est, en effet, cette affection qui a été la source la plus abondante des erreurs de diagnostic dans le cas qui nous occupe.

Le seul examen clinique, par les signes qu'il nous révèle, ne nous permet pas d'affirmer nettement la nature de la maladie; si nous reprenons tous les symptômes, nous pouvons constater qu'ils se rencontrent aussi bien dans l'appendicite chronique que dans la péricolite membraneuse.

La douleur spontanée, si variable suivant les sujets, est commune à l'appendicite et à la péricolite. Nous savons également que le siège de la douleur provoquée est variable et les nombreux points que l'on a décrits dans l'appendicite, point de Lanz, point de Munro, point de Clado, point de Lenzmann en sont une preuve. Il est très important de noter sous quelles influences apparaît la douleur; chez un sujet qui présente de temps à autre des malaises spontanés, des sensations douloureuses vagues dans une partie de l'abdomen, s'il survient au cours d'un mouvement de cambrure exagérée une douleur brusque très vive, avec état nauséeux, nous pencherons en faveur d'adhérences péricoliques étendues. Les troubles gastro-intestinaux sont également communs aux deux affections. L'inappétence, l'état nauséeux, la digestion difficile de certains aliments, la sensation de barre épigastrique après les repas, la constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéïques, autant de symptômes que l'on rencontre dans l'appendicite et dans la péricolite.

Cependant, la constipation cæcale avec dilatation du cæcum, obligeant les malades à masser le matin leur

cæcum pour faire franchir l'obstacle aux matières, serait un signe important en faveur de la péricolite.

Dans certains cas, d'ailleurs rares, la présence d'une masse assez résistante et de grande dimension, plus étendue que le gâteau habituel de l'appendicite, peut devenir un signe de grande probabilité.

Dans les exemples ci-dessus, on se rend compte facilement de la difficulté de fixer un diagnostic avec les seules données de la clinique. La radioscopie, heureusement, permet d'ajouter aux signes de probabilité signalés plus haut, un signe de quasi-certitude, en décelant l'existence, en un point du côlon, d'un étranglement, d'un rétrécissement, cause de tous les troubles observés et conséquence des adhérences péricoliques.

De cette étude rapide, il résulte que, bien souvent, il est impossible de déterminer d'une façon ferme si l'on a affaire à une péricolite ou à une appendicite. Mais cette incertitude qui, en certains cas, peut causer les plus graves préjudices à l'avenir du malade, est ici d'une importance moindre. Le seul traitement est, comme nous le verrons, la laparotomie suivie d'une intervention différente selon la morphologie des lésions constatées *de visu*.

Mais il y a un cas fort embarrassant: c'est celui d'un malade qui présente tout l'ensemble des signes décrits plus haut, mais qui a déjà subi l'appendicectomie. Du moment où cela ne peut plus être une appendicite, peut-on affirmer qu'on est en présence d'une péricolite et doit-on imposer une nouvelle intervention au patient ? Il faut, avant tout, éliminer les causes pouvant provoquer la douleur dont il se plaint : un petit filet nerveux peut être inclus dans le tissu de cicatrice opératoire et, avec un

peu de patience, on peut espérer la dégénérescence de ce nerf et, par là, la fin du phénomène douloureux.

Le moignon appendiculaire peut, en s'enflammant, être cause de douleurs abdominales spontanées. Une névralgie iléo-lombaire peut aussi être mise en cause. La douleur peut encore reconnaître comme origine une lésion d'un organe voisin; il sera facile de l'éliminer. Reste enfin l'hypothèse d'une colite muco-membraneuse, mais la présence des selles caractéristiques, le siège moins localisé de la douleur, permettent de l'écarter.

Lorsqu'on aura ainsi éliminé toutes ces complications ou affections, on pourra, en s'aidant de la radioscopie, émettre l'hypothèse d'une péricolite.

L'appendicite chronique n'est pas la seule lésion qu'il soit possible de confondre avec la péricolite.

L'annexite droite peut prêter à la confusion, mais l'étiologie blennorhagique ou puerpérale, le mode de début des symptômes et de leur évolution, la localisation exacte de la douleur; enfin, le toucher vaginal, permettent le plus souvent de fixer le diagnostic.

Les tumeurs cancéreuses, tuberculeuses ou mycosiques du côlon, ne seront citées que pour mémoire; dans tous ces cas, lorsque les symptômes subjectifs seront parvenus au point de simuler la péricolite, l'examen objectif de l'abdomen révélera la présence de masses néoplasiques beaucoup plus considérables que les paquets d'adhérences et de brides péricolitiques.

D'autre part, contre l'hypothèse d'un cancer, nous avons l'âge du sujet, l'évolution plus lente des accidents, les crises plus violentes, l'absence de glaires sanguinolentes dans les selles, la persistance de l'appétence même pour

les matières grasses. Contre la tuberculose, nous avons les diverses réactions, ophtalmo ou cuti-réactions et injection sous-cutanée de tuberculine.

Ajoutons enfin que, dans certains cas, l'examen sous chloroforme permettra, en facilitant la palpation profonde, de fixer l'étendue et la forme d'une tumeur imparfaitement reconnue dans un ventre contracté par la douleur. Dans ces deux observations, on verra que le diagnostic a été hésitant et n'a pu être porté au premier examen des malades.

OBSERVATION XII

(Tavel)

Mme X...., 32 ans. A eu son premier accès de pérityphlite en 1893 ; il a duré une nuit, sans forte fièvre, sans vomissements. Elle a gardé le lit jusqu'à son rétablissement. Dès lors, elle a eu plusieurs accès légers jusqu'en 1895, puis ils cessèrent complètement.

En janvier 1900, après une fausse couche, nouvel accès de quelques jours de durée, puis dégoût complet de la nourriture.

Au moment des règles, douleurs assez vives les huit premiers jours, de sorte que son médecin, un spécialiste pour les affections gynécologiques, ne sait pas si les douleurs proviennent d'annexite ou d'appendicite.

Première opération. — Incision étoilée de Roux, en narcose à l'éther. L'appendice, qui ne présente aucune anomalie, est excisé, puis l'ovaire, assez gros et un peu adhérent, enlevé. Suture du péritoine et des muscles au catgut. Suture de la peau à la soie.

Marche absolument normale ; la plus haute température, le lendemain soir, 37°,7.

L'examen anatomo-pathologique montre que soit la trompe, soit l'ovaire, présentent une structure histologique normale.

Quant à l'appendice, la muqueuse manque presque partout et a été remplacée par un tronc fibreux infiltré de quelques leucocytes mononucléaires.

L'opération n'a pas eu le résultat désiré ; les douleurs sont restées les mêmes, et, au commencement de l'année 1902, la malade peut à peine se baisser, enlever ou remettre ses souliers. Elle a passé par des périodes de fièvre avec température du matin de 37°,3 à 38°, surtout dans les quinze jours qui précédaient les règles.

Le seul bénéfice qu'elle a tiré de l'opération est que la constipation n'est plus aussi forte qu'autrefois ; les selles sont irrégulières. Elle dort mal, ne peut pas se coucher sur le côté gauche sans éprouver de fortes douleurs.

On sent, dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobile, sensible, qui a été prise pour un rein mobile, mais qu'il est facile de ne pas identifier avec le rein lui-même qu'on sent distinctement au-dessus, dans la station debout. Les selles irrégulières, la douleur, la tumeur, le manque d'appétit font penser à la tuberculose. On fait une injection diagnostique de tuberculine qui donne une réaction positive, mais sans augmentation des douleurs abdominales.

On conclut néanmoins à une tuberculose du cæcum, la tumeur étant toujours palpable, malgré les évacuations intestinales provoquées par des purgatifs. Comme l'état est devenu intolérable, on se décide à opérer.

Deuxième opération. — Narcose à l'éther ; incision pararectale, sagittale, en vue d'une résection du cæccm.

On trouve le cæcum normal, très mobile ; il ne paraît pas être vide. Tout le côlon ascendant est examiné ; on ne trouve aucune anomalie, sauf, au milieu, une épaisse bride reliant son côté externe avec la paroi abdominale. Le cæcum et le bas du côlon ascendant forment une masse qui, grâce à l'allongement du mésentère, sur lequel elle est pédiculée, peut tourner autour de la bride décrite et peut être mobilisée jusqu'à toucher le foie. La bride est sectionnée, excisée et le cæcum ouvert. Il contient des matières, mais ne présente ni ulcérations, ni rétrécissements.

Pour éviter le vagabondage du cæcum, la partie latérale externe de ce segment de l'intestin est fixée à la fosse iliaque

au moyen de quelques sutures. Dans les jours qui ont suivi l'opération, la température n'a pas dépassé 37°,4 ; aucune douleur.

Dès lors, plus de douleurs et, sauf une fois après un petit refroidissement, plus d'élévation de température.

Mme X... dort bien, peut se coucher comme elle veut.

OBSERVATION XIII

(Tavel)

X..., 45 ans, pas d'antécédents.

Depuis le milieu de mars 1902 jusqu'au commencement de juin, appendicite sans fièvre, sans vomissements, ayant nécessité un séjour de huit semaines au lit. Dès lors, douleurs dans le ventre et dans le dos.

La marche chronique de la maladie, les douleurs qui ont subsisté depuis lors, gargouillement constamment trouvé par le docteur de Salis, le médecin traitant font penser à une sténose par tumeur tuberculeuse ou actinomycose vers le haut du côlon ascendant, tandis que l'appendicite paraît être exclue.

Je vois le malade le 17 septembre 1902. Organes thoraciques normaux, gros goître, sans constriction de la trachée.

L'appendice est reconnu à la palpation, mais n'est pas particulièrement sensible. Le côlon ascendant, au contraire, est très sensible à la pression. Gargouillement prononcé.

Diagnostic : péricolite après appendicite.

Opération (septembre 1902). — Narcose avec le mélange de chloroforme-éther 1-3. Incision étoilée de Roux. L'appendice est un peu hyperémié, coudé, un peu adhérent au cæcum, mais ne présente du reste pas de traces d'inflammation récente.

Le côlon ascendant est fixé à la paroi abdominale externe par des adhérences obliques, sans rétraction cicatricielle.

Du milieu du côlon ascendant part une bride qui fait partie de l'épiploon et tire cette partie de l'intestin jusque tout près

du côlon transverse, le coudant, sans toutefois entraîner une sténose mécanique. Section et excision de la bride.

Après l'opération, le malade ressent encore des douleurs pendant plusieurs jours, malgré la marche absolument normale de la guérison ; il ne peut vaquer à ses occupations que quatre semaines après l'opération. Les douleurs vont alors peu à peu en diminuant et, en janvier 1903, le malade est tout à fait bien.

La prédominence de la douleur dans le dos a pu faire penser à la spondylite; la recherche attentive des symptômes, raideur de la colonne vertébrale, douleur à la pression des apophyses, paralysies, abcès ossifluents ne laissent que peu de temps place à l'erreur. (*Voir page 25 l'observation de* Tavel.)

La colique hépathique, par les douleurs localisées dans la région du foie et s'irradiant jusqu'à l'épaule droite par l'ictère l'accompagnant souvent, se caractérise facilement.

OBSERVATION XIV

(Cotte)

L. H..., 47 ans, entre le 16 août 1910 dans le service de M. le professeur Poncet, avec le diagnostic de coliques hépatiques.

Personnellement, pneumonie à l'âge de 20 ans et, il y a douze ans, coliques abdominales violentes, étiquetées coliques hépatiques par son médecin. Depuis cette époque, le malade a eu plusieurs crises semblables, mais celles-ci ne sont jamais accompagnées d'ictère, de décoloration des matières, ou de vomissements. Au moment des crises, constipation avec émission de quelques selles glaireuses. Jamais d'hémorragies intestinales.

A son entrée, le malade se plaint de douleurs abdominales violentes dans l'hypocondre droit, sans irradiation vers l'épaule ; pas de vomissement, pas d'ictère, pas de température. L'examen local révèle seulement un cæcum très dilaté qui se dessine sous la paroi. Clapotage cæcal très net. Le malade a maigri considérablement depuis trois mois et tousse depuis longtemps. A l'auscultation : emphysème, avec quelques râles de bronchite. La palpation de la région vésiculaire est complètement négative. Mais malgré cela, l'existence de douleurs antérieures qualifiées de coliques hépatiques fait penser à une sténose intestinale d'origine vésiculaire. On fait toutefois des réserves sur la possibilité d'un néoplasme, en raison de l'amaigrissement du malade.

Le 19 août 1910, on intervient en faisant une laparotomie latérale droite. L'anesthésie à l'éther provoque des accès de toux si violents qu'on est obligé de recourir au chloroforme. Après ouverture du péritoine, on voit que la vésicule biliaire est absolument libre de toute adhérence et ne contient pas de calculs. Ses parois sont souples et ne présentent aucune trace d'inflammation récente ou ancienne. Sur le côlon ascendant, brides cicatricielles qui le coudent au niveau de sa partie moyenne. Cæcum et appendice absolument sains ; dilatation cæcale considérable. Pas de tumeur, aucune lésion sur l'intestin grêle.

En présence de ces constatations, on pense à des poussées d'entéro-colite ancienne ayant simulé des coliques hépatiques, et l'on pratique une exclusion du côlon ascendant par une implantation terminale de l'iléon dans le côlon transverse. On laisse en place l'appendice et la vésicule qui ne paraissent pas être en cause dans l'apparition des accidents.

Les suites opératoires furent marquées par l'existence d'une broncho-pneumonie qui retarda de quelque temps la convalescence. Du côté de l'intestin, le malade n'a plus eu aucune douleur depuis son opération. Pendant le premier mois, il eut des selles liquides dues à la suppression fonctionnelle de la moitié de son gros intestin, mais actuellement les matières ont repris une consistance normale. Son état général s'est considérablement amélioré, et depuis un mois il a déjà repris plusieurs kilos.

Nous avons eu l'occasion de revoir ce malade il y a quelques semaines (octobre 1911) ; il est complètement guéri.

Lorsque la douleur siège dans la fosse iliaque gauche, il faut éviter la confusion avec les sigmoïdites et périsigmoïdites qui ont le plus souvent pour point de départ les annexes gauches. Dans ce cas, les anamnestiques permettent, en général, de retrouver l'étiologie et la marche de l'affection causale.

Il existe une affection assez rare du côlon qui présente certains signes communs avec la péricolite : c'est la « cæcoptose », qui se rencontre chez les femmes dyspeptiques et constipées avec ptoses viscérales. Le cæcum est distendu, il y a de la stase des matières, des douleurs sourdes, diffuses, enfin des troubles dyspeptiques.

Le rein droit flottant détermine parfois, dans les parages de la fosse iliaque droite, des accès fort douloureux avec ou sans vomissements. L'exploration attentive de la mobilité rénale donne la clef du diagnostic.

Rappelons enfin que les hystériques peuvent présenter un ensemble de symptômes assez semblables à ceux de la péricolite. Mais, en pareil cas, on trouve des stigmates d'hystérie, des zones hystérogènes, et la région douloureuse correspond plutôt à l'ovaire. Il faut toutefois bien se garder de mettre de parti pris, sur le compte de la névrose seule, les douleurs dont se plaignent les hystériques. Très souvent les souffrances qu'elles endurent ont un siège véritablement organique, qu'il importe de rechercher en tenant compte de l'hyperesthésie spéciale de cette catégorie de malades.

Pronostic. — Cette affectation comporte un pronostic assez sérieux du fait de la facilité de ses récidives et de la gravité de ses complications, l'obstruction intestinale et la dénutrition provoquée par les troubles gastriques, et pouvant aller jusqu'à la cachexie.

Souvent, après les opérations, les douleurs sont revenues aussi vives qu'avant; les phénomènes de pseudo-obstruction ont reparu et nécessité une intervention plus complète.

Les formes sévères de péricolite peuvent donner lieu à des tumeurs inflammatoires, à des pseudo-cancers assez difficiles à distinguer des vrais néoplasmes.

Dans quelques cas, la tuberculose intestinale peut venir se greffer sur un foyer de péricolite membraneuse.

Le pronostic fonctionnel diffère suivant l'intervention pratiquée. Nous verrons, au chapitre suivant, les discussions sur les divers modes opératoires et leur résultat éloigné. Disons de suite qu'actuellement, avec les progrès de la chirurgie, on peut prometttre à ces malades une guérison complète et durable.

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de la péricolite dépend en grande partie du diagnostic étiologique; on devra traiter l'affection primitive : appendicite, annexite ou cholécystite.

Quand on est en présence d'une péricolite primitive avec symptômes atténués, il est indiqué de tenter d'abord un traitement purement médical. Celui-ci s'adressera d'ailleurs surtout aux symptômes et consistera en repos au lit, diète légère, surtout liquide, glace sur le ventre et purgatif (huile de ricin). Quand les symptômes aigus ont disparu, pour favoriser la résorption, on pratiquera des applications fréquentes de compresses chaudes. Quand la stase cæcale est assez accentuée, on peut conseiller le massage de l'intestin, qui en facilitera l'évacuation.

Le traitement médical pourra, dans quelques cas, apporter une amélioration passagère dans la situation du malade et le mettra ainsi à même de supporter les frais d'une opération.

La cure véritable consistera toujours dans une intervention chirurgicale, dont les temps seront réglés par l'état

des lésions rencontrées. Dans tous les traités, quelques lignes sont consacrées à la prophylaxie qui est, en quelque sorte, la première étape du traitement. Pour suivre cette coutume et surtout pour bien faire comprendre l'importance de la question, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les conclusions de M. Lejars.

« Dans les opérations d'appendicite à froid, et surtout en présence des appendicites chroniques d'emblée, et lorsque l'appendice, amené au dehors, semble réellement de trop saine apparence pour porter à lui seul la responsabilité de tous les accidents, il faut s'astreindre, s'accoutumer à explorer la fin de l'iléon, le cæcum, et le côlon ascendant. C'est pour cela que les incisions d'étroitesse particulière qui ont été de mode pendant un certain temps, ne suffisent plus à la besogne qui se trouve indiquée aujourd'hui ».

Cette révision du côlon, pratiquée de façon systématique par tous les chirurgiens, leur éviterait dans l'avenir bien des déboires et bien des reproches de la part des malades.

L'intervention sera toujours la laparotomie.

Sur quels signes devra-t-on se baser pour déterminer la région à explorer ?

Quand l'existence d'une tumeur, ou d'un gâteau d'adhérences, sera reconnue à la palpation, il est évident que l'on doit ouvrir l'abdomen sur ce point même.

Mais quand les signes objectifs seront absents, il faudra se baser soit sur la douleur, dont il importera de préciser le siège avec beaucoup de soin, soit sur la déformation du côlon qui peut révéler le point sténosé, étant donné que le

côlon est dilaté en amont et aplati en aval du rétrécissement.

L'incision dépendra évidemment de la région sur laquelle on opère; pour le cæcum, incisions de Roux ou de Jalaguier; pour le côlon ascendant, incision le long du bord externe du grand droit; pour l'angle hépatique, incision de Kehr en baïonnette ou, plutôt, modifiée en croissant; pour le côlon transverse, laparotomie médiane susombilicale.

L'exploration des segments intestinaux doit être faite avec beaucoup de méthode. Pour découvrir les adhérences et les bandes péricoliques, il faut tendre et attirer au dehors, doucement, progressivement, la fin de l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant. L'ablation de l'appendice, même sain, doit toujours être faite avant toute autre chose.

La principale indication, la seule même, peut-on dire, est de lever l'obstacle à la circulation des matières. On commencera donc par détacher la membrane à son bord externe, et la décoller de dehors en dedans; on sectionnera toutes les brides et tractus, de manière à rendre à l'intestin sa liberté complète. Ceci est un principe général; mais, pour éviter la récidive des adhérences qui avait été observée souvent, certains chirurgiens ont adopté quelques variantes.

C'est ainsi que, après avoir péritonisé toutes les surfaces possibles, Ch. Mayo enduit largement de vaseline stérilisée les zones encore cruentées pour éviter la formation d'adhérences nouvelles.

Toujours dans le même but, Martin fait l'opération en position de Trendelenburg; il refoule en haut toute la masse intestinale, y compris le cæcum, puis, une fois la

libération achevée, il abaisse le grand épiploon pour servir de coussinet à la masse intestinale. Enfin, il maintient le sujet couché, la tête basse, jusqu'à guérison complète.

Connell se sert de la membrane tordue comme d'un ligament suspenseur pour fixer le côlon aussi haut que possible à la paroi abdominale antérieure. On prévoit tout de suite que le grave inconvénient de cette méthode est de pouvoir provoquer des coudures de l'intestin autour de cette corde et d'exposer la malade à des obstructions intestinales toujours graves.

D'autres chirurgiens, enfin, après la section des adhérences, s'efforcent de maintenir écartés les segments intestinaux, primitivement accolés, par une colopexie.

La libération simple des adhérences n'a pour elle que le mérite d'être facile et de n'exposer le malade à aucune complication immédiate; elle a, par contre, le gros inconvénient d'exposer à des récidives éloignées et fréquentes et de provoquer ainsi des troubles secondaires de canalisation intestinale. Ces récidives sont d'autant plus à craindre que les adhérences sont plus étendues et qu'il s'y ajoute de la mésentérite et des coudures intestinales.

La résection complète d'un segment de l'intestin et l'anus contre nature ont été aussi proposés; mais, de ces deux opérations, l'une est tellement grave, longue, pénible, l'autre tellement répugnante pour le malade et son entourage, qu'elles semblent hors de proportion avec les lésions constatées.

Puisque la circulation est gênée en un point de l'intestin, supprimons le cours des matières à cet endroit et, pour cela, les anastomoses intestinales constitueront le procédé de choix.

La variété de ces interventions anastomotiques est trop considérable pour que l'on puisse en tenter une énumération. Il est bien évident que les parties de l'intestin à anastomoser varieront suivant le siège, l'étendue des membranes péricoliques; la seule ligne de conduite à observer est d'ouvrir aux matières un chemin raccourci et large et d'exclure la plus faible partie possible d'intestin.

En effet, outre les troubles diarrhéiques qui pourraient se produire par insuffisance de la résorption d'eau, on peut craindre que les matières ne continuent à pénétrer dans la zone isolée, ne s'y amassent et ne déterminent des diffusions de produits septiques et des accidents pouvant aller jusqu'à la perforation.

D'après la majorité des chirurgiens, le procédé de choix est l'exclusion unilatérale du côlon ascendant, par implantation directe de l'iléon dans le côlon transverse, dans le cas, d'ailleurs le plus fréquent, où la péricolite siège soit sur le cæcum, soit sur le côlon ascendant. Cette iléo-colostomie est la meilleure opération à tous les points de vue : elle provoque le minimum de délabrement car elle ne nécessite pas la section des adhérences. Elle met définitivement en repos l'intestin altéré, elle est d'une réalisation facile et n'expose à aucune complication. Suivant les habitudes et les convictions des chirurgiens, l'abouchement sera termino-latéral ou latéro-latéral; il semble qu'actuellement ce dernier procédé recueille la majorité des suffrages comme favorisant le mieux le cours des matières et exposant le moins à la rupture des sutures.

Si l'angle hépatique est le siège de la sténose, Hoffmeister, de Stuttgart, conseille l'opération suivante, qu'il a pratiquée vingt et une fois depuis février 1909 : il sec-

tionne les adhérences et il anastomose la portion originelle du côlon ascendant avec le côlon transverse. Cette typhlo-transversostomie aurait pour but de mettre définitivement à l'abri de la stase et de ses conséquences l'angle droit du côlon comprimé et coudé par les adhérences. Les résultats immédiats en sont très heureux, mais les suites éloignées ne nous sont pas encore connues, les deux tiers de ces opérations étant de dates trop récentes.

L'iléo-sigmoïdostomie, qui avait été proposée, doit être abandonnée à cause de l'étendue trop considérable d'intestin exclue; elle ne serait indiquée qu'au cas bien improbable d'extension à tout le côlon de brides sténosantes.

Pour la technique opératoire, nous empruntons à MM. Delore et Alamartine ce passage où ils décrivent leur procédé :

« Les anastomoses seront faites suivant la technique classique. Sur le gros intestin, même pour les iléo-colostomies latéro-latérales, ou termino-latérales, il vaut mieux ne jamais employer de bouton anastomotique. Nous faisons toujours la suture au catgut fin. Nous croyons, en effet, en raison des risques nombreux d'infection, le catgut bien supérieur à la soie pour toutes les sutures intestinales. Au niveau du gros intestin, il est d'observation courante que les chances d'infection sont plus grandes que partout ailleurs ; aussi employons-nous toujours le catgut avec un double plan séro-séreux. Bien plus souvent que pour l'estomac ou l'intestin grêle, nous avons vu survenir les suppurations de la paroi après les opérations sur le gros intestin. Pour réduire les dégâts au minimum, nous nous servons très fréquemment de la petite manœuvre suivante: Après

suture péritonéale et musculo-aponévrotique, nous laissons béante la plaie cellulo-cutanée, plaçant seulement des fils superficiels d'attente, mollement noués sur un bourdonnet de gaze couché dans l'incision. Si, au bout de deux ou quatre jours, aucun signe de suppuration ne se montre, la gaze est enlevée et les fils noués. La cicatrisation se fait comme après une suture immédiate. S'il y a, au contraire, infection, on laisse la cicatrisation se faire par seconde intention. On évite ainsi ces abcès sous-cutanés à contenu parfois gazeux et sphacéliques que l'on voit dans un certain nombre de cas se produire spontanément après les opérations sur le gros intestin et qui entraînent des décollements considérables de la paroi avec suppuration interminable. »

Toutes ces observations ont un résultat immédiat parfait; l'obstacle est levé, le cours des matières est rétabli, les malades renaissent. Mais il n'en est pas moins vrai que cette péricolite, étant le plus souvent secondaire à un processus plus général, à la colite, il y a une dernière règle très importante à observer : c'est de traiter la colite causale, moyennant quoi on pourra être assuré de ne pas voir, dans l'avenir, les accidents se reproduire.

Observations

OBSERVATION XV

(Tavel)

Mme X... Pendant sa grossesse, elle a eu constamment des douleurs dans le côté droit du ventre, attribuées à une pérityphlite. Elle est accouchée au forceps le 15 novembre.

Après l'accouchement, on constate que le ventre est encore ballonné. La partie supérieure, en particulier dans la région sous-hépathique, est occupée par une tumeur intestinale, dure. Le bas du ventre est mou, pas de fièvre, pas de vomissements. Ni gaz, ni selles.

Le passage ne se produisant pas, on se décide à opérer.

18 novembre : laparotomie. Le colon ascendant est fixé par une bride de 12 centimètres de large à la paroi latérale de l'abdomen et forme là une coudure ; en amont, le cæcum est un peu dilaté, les intestins grêles sont vides, pas de péritonite.

En aval de la bride, le reste du côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant jusque dans la fosse iliaque sont extrêmement dilatés et pleins de gaz, bien qu'il ne soit pas possible de découvrir un obstacle dans le côlon sigmoïde.

L'intestin, absolument inerte, est ponctionné à trois endroits pour faire évacuer les gaz. La bride est incisée, la coudure redressée et le ventre refermé. Bonne guérison.

OBSERVATION XVI

(Tavel)

Mlle X..., 26 ans. Tousse depuis 1901 ; visitée par M. le docteur Schwarzenbach, on constate un catarrhe du sommet avec sténose de la mitrale.

Le 4 mai 1902, elle est opérée à l'hôpital de Lille, après avoir été atteinte de périty phlite le 25 mars 1902. Elle se lève le 10 mai, souffrant encore de vives douleurs, se tenant très courbée, et sort de l'hôpital le 15 mai.

Les douleurs qu'elle ressentait avant l'opération, lors de la périty phlite, avaient un autre caractère que celles qu'elle éprouve dès lors ; outre les douleurs intestinales, elle ressent au moment des époques de violentes douleurs à droite, mais plus profondément.

L'ovaire droit a toujours été très sensible depuis la périty phlite.

Une injection de tuberculine donne une assez forte réaction, avec accentuation des douleurs dans le ventre.

Je vois la malade le 2 mars 1903, donc dix mois après l'opération de l'appendicite.

Je constate une sensibilité très accentuée du cæcum, qui paraît former une tumeur.

Diagnostic : périovarite et péricolite cicatricielle.

Opération le 4 mars 1903. Incision en narcose à l'éther, sur la ligne blanche.

L'ovaire et la trompe droits ne sont pas adhérents et sont excisés. La révision du cæcum et du côlon montre que la cicatrice de l'appendicectomie est parfaite ; le surjet en soie est bien visible ; aucune inflammation de ce côté, aucune adhérence à cet endroit.

Au milieu du côlon ascendant, une forte bride enserre l'intestin et l'applique contre la paroi abdominale en formant une dépression profonde qui sténose l'intestin, sans toutefois obstruer complètement le passage.

Au-dessus, le côlon est normal. Les autres organes sont normaux.

Section de la bride à son insertion sur le côlon ; elle était large d'un centimètre et s'irradiait en éventail sur la paroi latérale de l'abdomen.

Guérison par première intention.

Les douleurs ont immédiatement cessé après l'opération et n'ont pas recommencé avec l'alimentation normale.

L'ovaire et la trompe excisés ne présentaient aucune anomalie, sauf la dimension un peu exagérée de l'ovaire.

Ces organes, inoculés aux cobayes, n'ont pas provoqué de tuberculose.

OBSERVATION XVII

(Tavel)

Mme X...., institutrice, 36 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis l'âge de 26 ans, douleurs abdominales par accès, constipation opiniâtre. En outre, métrorrhagies très fortes.

Mariée depuis trois ans, elle n'a pas eu de grossesse.

Le 18 septembre 1902, très fortes coliques localisées à droite dans le ventre, mais pas d'ictère, forte tumeur dans la région lombaire, fièvre jusqu'à 40°, hoquet, symptômes d'occlusion intestinale.

Le docteur Décornoz diagnostique une appendicite.

Dès lors, toujours des douleurs dans le ventre, exagérées au moment des époques. Longtemps encore après l'accès du mois de septembre, on sentait dans la région cæcale le boudin caractéristique.

Etat : cœur et poumon normaux.

Résistance dans le trajet du côlon ascendant, qui est sensible sur tout son trajet ; assez forte défense musculaire.

L'ovaire droit est très sensible à la pression, l'utérus et l'ovaire gauche sont normaux.

Diagnostic : péricolite cicatricielle et périovarite.

La malade, bien que très craintive, se décide à l'opération, les douleurs devenant insupportables.

Opération le 5 mai 1903 : narcose à l'éther. Incision étoilée de Roux. Le côlon ascendant est très adhérent sur tout son bord externe. Une bride rétractée rétrécit sa lumière vers le milieu de son trajet. L'appendice est libre sans adhérences.

Excision de l'appendice, section des brides et libération du côlon. L'ovaire est alors recherché et dégagé des adhérences qu'il a contractées avec la paroi du petit bassin. La trompe présente un petit kyste séreux de la grosseur d'une petite noix.

Excision de ces organes. Irrigation abondante de solution salée sodique.

Guérison presque sans douleurs. La malade se lève au dixième jour et retourne chez elle au quinzième (voyage de 7 heures). Dès lors, plus de douleurs abdominales, sauf au moment des règles.

OBSERVATION XVIII

(Tavel)

Mlle X...., 31 ans. A l'âge de 7 ans déjà, elle a eu des attaques réitérées de douleurs dans le ventre qui duraient de une à deux heures, mais pas de vrais accès caractéristiques d'appendicite.

Entre 14 et 15 ans, fièvre typhoïde assez violente, pendant laquelle elle ressent des douleurs assez vives du côté droit ; dès lors, elle n'a plus été jamais bien portante, souffrait constamment de douleurs au côté droit, ne supportait plus certains aliments, les choses grasses en particulier.

A l'âge de 17 ans, étant en pension en Allemagne, elle est prise de fortes diarrhées avec maux d'estomac.

De 19 à 21 ans, elle ressent constamment des douleurs dans le dos. Dès l'âge de 21 ans, de nouveau une diarrhée rebelle, qui s'arrêtait quelquefois pendant un ou deux mois, mais reprenait ensuite de plus belle.

Elle a consulté divers médecins qui n'ont guère amélioré son état ; la diarrhée continuait toujours et était surtout violente au printemps, sans fièvre et sans vomissements, mais

accompagnée d'une grande sensibilité du ventre, sans ballonnement.

A l'âge de 27 ans, en Angleterre, elle est reprise de fortes diarrhées soignées d'abord sans succès à la campagne, puis à Londres, par un spécialiste pour la périty phlite, qui diagnostique une appendicite et une affection de l'ovaire, mais ne veut pas l'opérer parce qu'elle est trop faible.

Les douleurs étaient alors si grandes qu'elle ne pouvait marcher que courbée en avant ; c'est dans cet état qu'elle est transportée à Paris et de là en Suisse.

Le 13 juillet 1900, elle est opérée par un de nos bons chirurgiens pour la prétendue appendicite, mais on ne trouve rien à l'appendice, si bien que cet organe est laissé en place et qu'on se contente d'enlever l'ovaire gauche malade et de reséquer l'ovaire droit où se trouvait un kyste.

Après l'opération, la diarrhée a recommencé et est restée stationnaire, avec des hauts et des bas, jusqu'en automne 1902.

La malade consulte alors le docteur de Werdt, qui trouve une résistance à droite sous la cicatrice opératoire et pense à une tuberculose intestinale. Un traitement à la créosote améliore la situation, mais la diarrhée reprend dès que la créosote est laissée de côté.

Je vois la malade avec le docteur de Werdt, le 10 septembre 1903 et constate une sensibilité très prononcée de la fosse iliaque droite et sur le trajet du côlon ascendant. On ne sent pas de tumeur bien nette, mais un empâtement évident de cette région ; le reste de l'abdomen est normal, pas sensible. Rien aux poumons ou au cœur. Pas de tuberculose dans la famille.

Nous diagnostiquons une péricolite, suite de fièvre typhoïde, et conseillons la réouverture du ventre.

Opération 17 septembre 1903 : narcose à l'éther. Excision de la cicatrice opératoire de 1900.

L'appendice est court, parfaitement libre, sans adhérences. Au cæcum, une adhérence large implantée sur la bandelette antérieure et la reliant à la paroi abdominale antérieure.

Le côlon ascendant est très adhérent à la partie latérale de l'abdomen ; de solides brides, implantées en grande partie sur la bandelette antérieure plissent le côlon, le coudant en

lui faisant décrire un S. Leur direction est oblique de droite à gauche et de haut en bas.

Toutes ces brides sont excisées, le colon dégagé, l'appendice amputé, un kyste de l'ovaire droit énuclé et le ventre refermé.

Suites très simples, guérison par première intention.

OBSERVATION XIX

(ROUX)

La première malade que j'ai eu l'occasion d'observer, Mme D..., est âgée de 61 ans. Il y a quinze ans environ, s'est établie une constipation opiniâtre sans causes appréciables. Les matières étaient évacuées en quantité suffisante et de temps à autre, tous les deux mois, la malade était prise de violentes douleurs, suivies bientôt d'une débâcle diarrhéique putride. En même temps que la constipation s'étaient installés deux autres symptômes qui étaient pour la malade une cause de troubles des plus pénibles : d'abord des crises de vertige l'obligeant parfois à séjourner au lit pendant plusieurs jours et surtout une odeur fétide de l'haleine. Lorsque j'ai eu l'occasion de voir Mme D..., dans le courant de septembre 1909, elle venait d'avoir une crise de vertige extrêmement marquée. C'était une malade amaigrie, d'aspect fatigué, se plaignant surtout de ces trois symptômes : constipation, fétidité de l'haleine et vertige.

La palpation du ventre était facile à cause des ptoses très accentuées. Il n'y avait pas de sensibilité épigastrique ou ombilicale ; le rein droit était légèrement abaissé, l'estomac ptosé et atone clapotait facilement. La malade, très inanitiée, présentait l'ensemble du syndrome neurasthénique. L'intestin n'était pas douloureux à la pression. Il n'y avait pas de contracture du côlon descendant. Les urines ne contenaient ni indican, ni albumine. Le traitement que j'indiquai fut surtout un régime végétarien. Le port d'une sangle et une alimentation plus copieuse.

Sous l'influence de ce traitement, en un mois il y avait une amélioration sensible dans les troubles intestinaux :

la constipation avait disparu, la malade avait engraissé d'un kilo, mais la fétidité de l'haleine persistait.

Pendant le courant d'octobre, malgré les garde-robes régulières obtenues par un régime riche en détritus végétaux, les malaises continuaient et la malade présentait une distension très considérable du côté droit. Elle consulta à ce moment le docteur Robineau, qui constata une distension énorme du cæcum faisant saillie sous la paroi ; pensant à des adhérences péricæcales, il propose une intervention.

Celle-ci est pratiquée dans les derniers jours d'octobre 1909. On trouve un cæcum distendu et un accolement au niveau de l'angle droit du côlon, entre le côlon ascendant et le côlon descendant. Ces adhérences sont rompues et on resèque tout l'épiploon.

Un mois après l'opération, la constipation persistait encore, mais l'haleine était moins putride. Je remets la malade au régime végétarien et je lui fais prendre de la thaolaxine : deux cuillerées à café par repas. Pendant tout le mois de décembre, l'intestin fonctionne régulièrement, les vertiges ne reviennent pas, l'odeur de l'haleine continue à diminuer. Le poids augmente de près de deux kilos ; aussi en janvier peut-on permettre un peu de viande.

Revue à la fin de février, la malade continuait à aller mieux, le poids augmentait toujours d'un kilogramme par mois, la constipation avait complètement disparu, les matières étaient au contraire plutôt molles par suite de l'abondance des végétaux. Il n'y avait plus fétidité de l'haleine.

OBSERVATION XX

(Roux)

Mlle L..., du Mans, était âgée de 30 ans lorsque je l'ai vue la première fois, le 16 mai 1905. Voici ce qu'elle m'a raconté à cette date : A l'âge de 27 ans, les troubles, qu'elle ne cessa de ressentir depuis, avaient débuté. Auparavant, elle

avait été bien portante et avait présenté un ictère catarrhal à l'âge de 17 ans.

A 27 ans, elle fut prise subitement de douleurs vives dans la région épigastrique, accompagnées de vomissements. Pas de douleurs dans l'épaule, pas de diarrhée. Nouvelle crise six mois après. La malade allait encore à la garde-robe à peu près tous les jours à ce moment-là. Elle suit une cure à Plombières, mais peu de temps après les douleurs apparaissent dans le côté droit, douleurs à peu près continues qui font songer à une appendicite chronique sans qu'on en trouve aucun symptôme. Comme l'alimentation augmentait ses malaises, la malade avait considérablement réduit sa ration et lorsqu'elle alla consulter le docteur Soupault, ce dernier constata surtout une inanition marquée et se borna à prescrire un traitement de suralimentation. C'est peu de temps après que j eus l'occasion de voir la malade. Par un examen coprologique, on put facilement reconnaître que la malade n'avait pas de colite et que la digestion des différentes substances alimentaires était parfaite. Elle se plaignait surtout de douleurs dans le côté droit, assez marquées.

Tous les jours, la malade a une sensation d'encombrement à droite. Elle sent que son intestin ne se vide pas ; elle doit passer une ou deux heures de la matinée dans son lit à se masser le côté droit pour obtenir l'évacuation des matières. Elle a très nettement la sensation d'un obstacle dans la région sous-hépatique, et tant que l'obstacle n'est pas franchi par les matières, elle a une sensation de malaise très pénible. Cette constipation s'accentue parfois, et alors il y a une crise douloureuse très vive dans la région droite du ventre, suivie d'une débâcle diarrhéique. Lorsque la malade marche sans que le ventre soit soutenu par une sangle solide, la constipation s'accentue et il n'y a pas de garde-robe le lendemain. Par contre, le cæcum devient plus douloureux.

A l'examen de l'abdomen, on constate un cæcum nettement perceptible, mais non contractile. En dehors des périodes de constipation un peu vive, il n'est pas douloureux. L'S iliaque est souvent contracturée ou douloureuse ; l'estomac ptosé clapote jusqu'au-dessous de l'ombilic. Il n'y a pas de sensibilité épigastrique. Le foie est légèrement ptosé par suite de l'amaigrissement.

Grâce à un régime de suralimentation, Mlle L... put s'améliorer au point de vue de son état général, mais les douleurs dans le côté droit du ventre persistaient, ainsi que la tendance à la constipation. Un symptôme très pénible pour la malade, était la fétidité parfois très accentuée de l'haleine et une langue saburrale toujours recouverte d'un enduit épais coloré en jaune. L'examen des urines révélait surtout, lorsque les périodes de constipation survenaient, la présence d'une quantité notable d'indican.

Les crises douloureuses persistaient pourtant. Un an après, en février 1906 par exemple, la malade avait eu une crise épouvantable et elle m'écrivait qu'elle s'était tordue de douleurs de sept heures du matin à trois heures de l'après-midi, jusqu'au moment où s'était produite une débâcle intestinale. Cette crise ne s'accompagnait pas de fièvre, ni de vomissements et lorsqu'un médecin appelé était venu, il n'avait constaté aucune douleur au niveau du point de Mac Burney.

Pendant les années 1906 et 1907, malgré l'essai de plusieurs régimes plus ou moins fortement végétariens, malgré l'usage de tous les désinfectants intestinaux usuels, malgré l'emploi des laxatifs et quelquefois de lavages d'intestin, l'état de la malade ne s'améliora pas. Je pus constater seulement que le séjour au lit permanent facilitait d'une façon très nette l'évacuation des garde-robes.

Comme les douleurs persistaient toujours, ainsi que les malaises quotidiens, la malade réclama elle-même une intervention chirurgicale et fut opérée par le docteur Delagénière, le 23 janvier 1907.

A l'ouverture du ventre, l'appendice ne présentait pas de traces d'inflammation récente. Il contenait pourtant un calcul dur et l'extrémité de l'appendice adhérait au cæcum. On trouvait également des adhérences nombreuses au devant du cæcum et le rattachant à la paroi addominale. M. Delagenière les déchira avec le doigt et la malade guérit facilement.

Je revois la malade en novembre 1907, huit mois après l'opération. Elle est beaucoup mieux ; l'haleine fétide a diminué. Il n'y a plus d'indican dans les urines. La malade suit pourtant un régime ordinaire et prend de la viande à chaque

repas. La constipation est moins marquée, mais il faut encore user de laxatifs périodiquement. Il y a donc une amélioration notable, sans disparition complète des troubles.

Mais, en juin 1908, c'est-à-dire un an et demi après l'opération, les malaises reviennent, l'indican reparaît, l'haleine devient de plus en plus fétide et tous les troubles intestinaux se reproduisent. Comme les malaises vont toujours en s'accentuant, et que la malade doit toujours passer la plus grande partie de ses matinées au lit, en se massant le côté droit, j'ai proposé un examen aux rayons X, que j'ai pratiqué le 27 juin 1909.

La malade prend le matin un potage au lait additionné de sous-nitrate de bismuth. Ce potage est pris à 8 heures du matin. A 2 heures, le cæcum est rempli dans sa partie inférieure ; la traversée de l'intestin grêle a donc eu sa rapidité normale. A 6 heures du soir, dix heures après l'ingestion de bismuth, celui-ci est toujours sensiblement au même niveau. A 9 heures du soir, treize heures après l'ingestion, le bismuth est encore contenu dans la première partie du côlon ascendant. Il y a donc un retard marqué au cheminement du bismuth dans le gros intestin. D'après les recherches de Hertz, on sait qu'à l'état normal, l'ombre du bismuth doit se trouver, onze heures après l'ingestion du repas, au niveau de l'angle splénique. Le lendemain matin, à 8 heures, on trouve encore quelques traces de bismuth dans le cæcum, mais il est presque tout entier rassemblé dans le côlon descendant.

Je conclus donc de cet examen qu'il doit exister, au niveau du cæcum et du côlon ascendant, des adhérences, gênant le cheminement du bismuth. Pour soulager la malade, j'ai recours aux extraits biliaires, afin d'augmenter l'activité motrice du gros intestin. Une amélioration relative est obtenue, mais les symptômes principaux persistent toujours.

L'haleine est également fétide, malgré un régime à peu près végétarien. La langue est sale. Il existe toujours de l'indican dans les urines en quantité. Enfin, l'intestin n'arrive à s'évacuer que par un massage prolongé tous les matins, et à l'aide de lavements d'huile.

De nouveau, la malade, trouvant que sa vie est intolérable avec ses misères persistantes, réclame une nouvelle lapa-

rotomie exploratrice. Elle est opérée le 15 février 1910, par M. Delagénière. J'assiste également à l'opération. Nouvelle incision dans le flanc droit, au niveau de l'ancienne cicatrice. On tombe d'abord sur le côlon transverse, qui présente des adhérences assez considérables ; le cæcum est libre et l'on voit la trace cicatricielle des adhérences déchirées lors de la première intervention ; mais on trouve encore, sur le côlon ascendant, au-dessus du point sur lequel on était intervenu lors de la première opération, des adhérences paraissant venir de l'épiploon et, surtout, il existe au niveau de l'angle droit du côlon des adhérences entre le côlon ascendant et descendant, accolés sur une longueur de cinq centimètres. L'angle ainsi formé est détruit par section des adhérences et on péritonise avec grand soin la surface cruentée. Les suites de l'intervention sont tout à fait normales.

Je revois la malade le 5 mai 1910. Il y a une amélioration appréciable dans l'état des fonctions intestinales. La constipation persiste encore, mais moins intense. La malade éprouve moins de malaise. Elle peut suivre un régime mixte comportant de la viande à chaque repas. L'haleine est beaucoup moins fétide et l'enduit saburral de la langue très diminué.

Je pratique un nouvel examen aux rayons X, après que la malade a pris, à 8 heures du matin, un potage au lait additionné de 10 grammes de carbonate de bismuth. A 2 heures, le bismuth atteint l'angle colique droit ; à 6 heures du soir, il atteint le milieu du côlon transverse ; à 9 heures du soir, il atteint le milieu du côlon descendant. La traversée du gros intestin est donc beaucoup plus rapide depuis l'intervention.

OBSERVATION XXI

(Résumé et considérations sur cette Observation)

(Sieur)

Le malade était atteint depuis trois ans d'une entérite à marche chronique, et qui avait débuté au niveau du coude droit du côlon transverse ; il s'est fait, à la suite de cette

lésion intestinale, laissée sans aucun soin, une péritonite scléro-fibreuse adhésive. Les premiers exercices d'équitation sont venus donner un coup de fouet à cette affection, localisée alors au niveau du coude gauche et de la portion descendante du côlon. Des néo-membranes se sont rapidement étalées sur la terminaison du duodénum et l'origine du jéjunum, enserrant ainsi les deux branches de l'angle jéjuno-duodénal qui s'est distendu et plus ou moins courbé et tordu. C'est à ce moment que se sont produits les accidents aigus de l'étranglement et que sont survenus les vomissements si abondants qui nous ont mis sur la voie du diagnostic.

L'opération, bien que faite dès le lendemain du jour où nous avons été appelés à examiner le malade pour la première fois, et alors que son état ne paraissait pas alarmant, était néanmoins trop tardive, puisque l'anse étranglée n'a pu résister au sphacèle. Et cependant ce dernier ne s'est produit que le sixième jour après l'intervention, alors que les fonctions gastro-intestinales avaient repris leur cours normal.

Quant aux adhérences péritonéales, si étendues et si résistantes, que nous avons rencontrées au pourtour du côlon transverse, à la face supérieure du foie et le long de la grande courbure de l'estomac, elles sont intéressantes par leur cause et leur siège.

La cause nous est fournie par l'affection intestinale, de nature vraisemblablement tuberculeuse, qui siégeait dans le gros intestin. Ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que ce dernier ne présentait aucun étranglement. Les fonctions se faisaient mal uniquement en raison de l'étendue et de la solidité des adhérences en nappe qui l'unissaient aux organes voisins et tout particulièrement à la paroi abdominale antérieure. Il avait dû y avoir tout au début de la maladie, du côté du coude droit du côlon une réaction assez vive, puisque toute la face convexe du foie adhérait intimement à la face inférieure du diaphragme.

Quand des adhérences étendues occupent ainsi la partie supérieure de la cavité abdominale, elles ont le plus souvent, comme point de départ, une affection du foie, des voies biliaires ou de l'estomac. L'origine intestinale est presque une rareté, et c'est à ce titre que nous avons cru devoir rapporter l'opération de ce malade.

OBSERVATION XXII

(Delore et Alamartine)

Diagnostic clinique : sténose sus-cæcale d'origine tuberculeuse ou néoplasique.

Diagnostic opératoire : Péri-appendicite chronique, péricolite membraneuse.

Intervention : Iléo-transversotomie avec appendicectomie sous-séreuse ; guérison définitive.

B...., cultivateur à Laboulaye, âgé de 40 ans, prétend que jusqu'à l'âge de 28 ans il a joui d'une parfaite santé ; à ce moment, sans aucune raison, sans troubles aigus du côté de l'abdomen en particulier, cet homme s'est mis à maigrir progressivement par suite de la réduction de son alimentation ; chaque période digestive ramenait, en effet, des douleurs abdominales, sous forme de coliques dans la fosse iliaque droite et, pour les éviter, B... mangeait très peu.

Les coliques apparaissaient presque toujours trois ou quatre heures après le repas et elles étaient d'autant plus violentes et prolongées que le repas avait été plus abondant. Le malade vomit souvent après les crises, il a perdu ses forces, ne travaille plus que de façon intermittente ; son caractère est devenu irritable et très impressionnable.

En l'examinant à jeun, le symptôme le plus frappant est, à droite, un point douloureux, fort net sur le bord externe du droit et sur la ligne ombilico-iliaque, correspondant en somme à l'appendice. En outre, on trouve au même niveau, ou mieux un peu plus bas et un peu plus en dedans, une zone de clapotage de la largeur de la paume de la main. Après la chiquenaude, on sent durcir l'intestin. Toutefois, on n'obtient jamais l'ondulation caractéristique de la sténose intestinale. Après les repas, les constatations sont identiques, quoique gênées par une certaine distension de l'abdomen.

Cet homme n'ayant eu pour tout antécédent qu'une pneumonie, il y a quinze ans, le diagnostic ne laisse pas que de présenter des difficultés. On peut hésiter entre deux diagnostics : appendicite chronique ou sténose intestinale d'origine

bacillaire ou néoplasique. Le dernier paraît plus vraisemblable.

Intervention : L'opération, pratiquée le 20 novembre 1909, consista tout d'abord en une incision iliaque droite oblique avec dissociation des fibres musculaires de la paroi. Dans la cavité péritonéale, il existait une très légère ascite. Le cæcum et le côlon ascendant une fois attirés au dehors, on trouva l'appendice très long enfoui au milieu d'anciennes adhérences, et l'on en pratiqua l'ablation sous-séreuse par la technique classique. Cet appendice lui-même n'était pas porteur de lésions appréciables. Quant au cæcum, il était sain, avec des moyens de fixité d'apparence normale. Par contre, le bord externe du côlon ascendant était plissé immédiatement au-dessous de l'embouchure iléo-cæcale, par des adhérences anciennes et serrées qui produisaient un obstacle au cours des matières. D'où provenaient ces adhérences ? Probablement d'une ancienne appendicite ; car nulle part sur le côlon ascendant, la vésicule et le côlon transverse, on ne percevait la moindre trace de lésion, en dehors de ces adhérences. Une colite ulcéreuse guérie et laissant une sténose extrinsèque restait toutefois une hypothèse plausible.

Une indication se posait de toute façon : lever l'obstacle au cours des matières ou établir une voie de dérivation. C'est cette dernière conduite qui fut choisie et réalisée au moyen d'une iléo-colostomie, abouchant la partie moyenne du côlon transverse à une anse d'iléon située à cinquante centimètres environ en amont de la valvule iléo-cæcale. L'anastomose fut pratiquée à la suture au catgut à trois plans : muco-muqueux, musculo-muqueux et séro-séreux. On aurait pu chercher le rétablissement du cours des matières par la destruction des adhérences péricoliques ; mais, ainsi, on s'exposait trop à la récidive. Quant à une anastomose entre le cæcum et le côlon ascendant, elle serait restée inefficace en raison de la diffusion des adhérences remontant presque à l'angle droit du côlon.

Les suites opératoires furent simples.

Nous avons revu l'opéré dans le courant de novembre 1901, soit plus de deux ans après l'opération. Il est fort satisfait, a engraissé de 6 kilos, travaille sans fatigue et ne se plaint

plus de coliques. On ne retrouve plus ni la douleur, ni le clapotage au niveau de la fosse iliaque droite.

En résumé, il s'agit d'un homme de 40 ans qui, sans aucun antécédent appendiculaire aigu, présente tous les symptômes d'une sténose sus-cæcale d'origine bacillaire ou néoplasique. A l'intervention, on trouve un appendice qui, en lui-même, semble sain, mais est entouré d'adhérences. Le cæcum est distendu sans aucune lésion. Il existe au niveau du côlon ascendant des lésions évidentes de péricolite membraneuse. C'est a ces adhérences qu'est due la sténose. Une iléo-transversotomie donne une guérison définitive.

OBSERVATION XXIII

(Delore et Alamartine)

Diagnostic clinique : Sténose sous-hépatique, d'origine probablement néoplasique.

Diagnostic opératoire : Péri-appendicite chronique. Péricolite membraneuse avec coudure du côlon ascendant.

Intervention : Cæco-colostomie ; guérison définitive.

Mlle Emilie B...., 58 ans, a été examinée par notre ami Mouriquand, qui a bien voulu rédiger la partie clinique de cette observation.

Bonne santé habituelle ; aurait eu deux érysipèles à l'âge de 15 ans. Depuis une douzaine d'années, elle a constaté une modification dans son état : à cette époque, elle aurait fait un jour un effort considérable en soulevant une benne de raisin de 120 kilos environ ; elle présenta consécutivement des douleurs du rein et aurait, dit-elle, une chute de matrice. Elle aurait pris depuis, à plusieurs reprises, de fortes crises nerveuses hystériformes.

En même temps s'installaient des troubles gastriques : lenteur de la digestion et entérite muco-membraneuse. Elle passe par des alternatives de constipation, de diarrhée, et les fausses membranes se montrent facilement dans les selles.

Depuis le mois de janvier, ces phénomènes se sont accentués. Elle n'a jamais vomi, mais la constipation est devenue de plus en plus intense. Elle aurait maigri de 20 kilos en huit mois.

A diverses reprises, elle a eu des douleurs vives au niveau de la fosse iliaque droite, avec irradiations douloureuses dans la cuisse droite.

Il y a trois ans, elle fit un séjour à l'hôpital Saint-Pothin pour nervosité et entérite muco-membraneuse.

Examen le 19 juillet 1911 : la malade se plaint d'une douleur sourde avec paroxysme dans la région sous-hépatique. Une palpation prolongée donne à ce niveau une sensation de tuméfaction, douloureuse à la pression, ne fuyant pas sous la main, à la manière d'un rein ptosé. La tuméfaction est située à droite et en bas de la région vésiculaire et correspondrait plutôt à la région de l'angle colique.

L'abdomen est souple dans sa plus grande étendue. Les pulsations de l'aorte abdominale sont très amples. Il existe une légère résistance au creux épigastrique, avec douleurs moyennes à la pression.

A 10 heures du matin, la malade n'ayant rien absorbé depuis la veille à 5 heures du soir, le clapotage gastrique est très net. Il existe également du clapotage cæcal.

Au niveau de la région sous-hépatique, en dehors et en bas de la région vésiculaire, persiste la tuméfaction sentie la veille ; elle est mieux perceptible, elle est allongée dans le sens horizontal, sa largeur est de trois travers de doigt environ ; elle est douloureuse à la pression en avant, mais la douleur est surtout nette en arrière, quand on appuie un peu fortement au niveau de la région lombaire.

Il ne s'agit pas d'une vésicule. Il ne s'agit pas d'un rein. S'il s'agit d'un pylore, il faut admettre qu'il est très refoulé à droite.

De temps à autre il existe, au niveau de la tuméfaction et au-dessous d'elle, des contractions passagères avec sensation de gonflement et durcissement intestinal ; ce durcissement est essentiellement mobile et fuit sous le doigt. Comme il est possible que la tuméfaction soit en partie composée de matières fécales on purge la malade avec de l'huile de ricin pendant cinq jours de suite.

Revue à diverses reprises, on est très étonné de ne pas retrouver de temps à autre la tuméfaction déjà décrite ; mais le lendemain ou le surlendemain, la tuméfaction reparaît avec les mêmes caractères.

On conseille l'intervention ; l'état général a tellement décliné qu'on a pu penser un certain temps à un cancer de l'estomac ou, plus probablement, de l'intestin.

Intervention le 5 août 1911. M. Delore pratique une incision iliaque oblique avec dissociation de fibres musculaires, suivant son habitude, pour pratiquer l'appendicectomie à froid. L'appendice est enlevé tout d'abord ; il est très atrophié, scléreux et adhérent à un tel point qu'on doit l'enlever par la méthode sous-séreuse.

On se reporte alors sur le cæcum, qui est sain, puis sur le côlon ascendant. Immédiatement au-dessus du cæcum, le côlon ascendant est coudé et ses deux portions sont maintenues accolées en canon de fusil par des adhérences serrées situées sur le bord droit de l'intestin. Il y a là une sténose ou mieux une coudure provoquée par des adhérences anciennes ; la lésion qui est de la plus grande netteté provoque des accidents dans la circulation du contenu intestinal.

Les brides sont sectionnées en partie ; mais dans la crainte de les voir se reproduire, on établit une anastomose latéro-latérale large, entre le cæcum et le côlon ascendant, au-dessus de la zone adhérente, avec trois plans de suture au catgut. Puis le péritoine est suturé. Sur les plans pariétaux sont placés des fils d'attente.

Les suites furent simples, les fils d'attente furent serrés le cinquième jour et la malade quittait l'hôpital le 25 août, digérant bien et ne souffrant plus.

En 1911, la malade donne de ses nouvelles ; elle se déclare guérie.

En résumé, il s'agit d'une femme de 58 ans, avec un long passé d'entéro-colite muco-membraneuse. Les troubles intestinaux, l'affaiblissement de l'état général font penser à un néoplasme de l'angle droit du côlon. A l'intervention : périappendicite chronique, péricolite membraneuse avec coudure et sténose du côlon ascendant. Une cæco-colostomie entraîne la guérison définitive.

OBSERVATION XXIV

(*Service du professeur* WEISS,
due à l'obligeance du docteur HAMANT)

Un ancien pompier est envoyé à l'hôpital pour tumeur de l'estomac. Depuis plusieurs mois, il se plaint d'avoir beaucoup perdu l'appétit, de ressentir après les repas des douleurs abdominales violentes, d'avoir beaucoup maigri dans ces derniers temps et de perdre ses forces ; il n'a jamais vomi.

C'est un malade amaigri, au teint jaune, chez lequel la palpation ne révèle aucune tumeur dans l'abdomen ; la pression profonde est douloureuse dans le côté droit.

Après examen, le diagnostic porté est : ulcère duodénal ayant provoqué, dans la région pylorique, des adhérences nombreuses avec les organes avoisinants. On fait une laparotomie médiane ; on ne trouve rien à l'estomac ni au duodénum. Mais sur le côlon ascendant et le côlon transverse, on remarque des brides assez épaisses, provoquant une coudure très prononcée de l'angle hépatique ; le côlon transverse, dont la direction est oblique de haut en bas et de droite à gauche, est fixé au foie, à la vésicule, par des adhérences très solides et très étendues.

On les sectionne aussi loin que possible ; on péritonise le mieux possible les surfaces cruentées et l'on fait sur les points encore dénudés des applications d'huile camphrée.

Les suites opératoires furent compliquées par une éventration huit jours après l'opération. Le malade, bronchitique chronique, au cours de quintes de toux violentes, fit sauter les sutures et ses anses intestinales firent hernie dans le pansement. On réduit, on suture au fil d'argent et, trois ans après, la guérison se maintenait, sans récidive et avec un très bon état général. Le malade a repris son métier.

OBSERVATION XXV

(Mauclaire)

Homme de 54 ans. Depuis un an, a commencé à ressentir des douleurs gastro-intestinales vives, localisées à la moitié droite du ventre, mais surtout marquées en deux points : l'un sous-costal, l'autre iliaque, le point maximum étant le rebord costal. En même temps, le ventre était ballonné avec distension gazeuse, surtout marqué au cæcum. Celui-ci était dilaté et sa palpation faisait entendre du gargouillement et un bruit de clapotage. A ces signes s'ajoutaient des troubles dyspeptiques, des vomissements biliaires, une constipation assez rebelle, entrecoupée parfois par des débâcles et, à certains moments, par l'évacuation de selles sanglantes ou mucopurulentes.

En même temps, l'état général s'affaiblissait de plus en plus. Il y avait par moment une fièvre légère. Le malade avait maigri, il était en proie à la neurasthénie et au marasme.

Je l'opérai le 21 juin 1910. Tout le gros intestin était rempli de matières. Le cæcum était un peu dilaté. Le côlon ascendant était tapissé sur sa face antérieure par une série de brides fibreuses qui se dirigeaient transversalement et atteignaient le côlon transverse. Le côlon ascendant était diminué de hauteur. Il présentait par place des replis en accordéon ; il était dévié en dedans dans sa moitié supérieure. La vésicule biliaire était saine. J'ai laissé en place l'appendice qui était peu malade, peut-être un peu induré. J ai sectionné ses différentes brides. Le malade ne fut pas amélioré longtemps. Les douleurs n'ont pas tardé à reparaître, de même que le ballonnement du ventre. Par la suite, le malade présenta par intervalle des petites crises d'obstruction intestinale.

Il y a quelque temps, deux ans après l'opération, le malade est revenu dans le service. On l'a soumis à la radioscopie. L'application des nouvelles méthodes d'exploration aux affections du tube digestif a réalisé dans le diagnostic de celles-ci un progrès considérable. Notre malade a été radiographié dans le service de M. Labbe, après que l'on eut rempli son

gros intestin avec un litre et demi d'un mélange bismuthé, selon la technique de M. Aubourg. Le côlon ascendant est diminué de hauteur, ratatiné, replié sur lui-même comme un accordéon. A l'angle colique droit, on voit un point très rétréci, rétrécissement dû à une série de brides recouvrant la face antérieure du côlon ascendant, dont la hauteur est très diminuée. J'ai fait la laparotomie exploratrice. J'ai trouvé l'épiploon plaqué sur la face antérieure du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié droite du côlon transverse, ce qui explique les rétrécissements constatés à la radioscopie et les symptômes de sub-occlusion que présentait le malade ; j'ai reséqué tout cet épiploon et j'ai anastomosé l'iléon avec l'S iliaque.

Le malade supporta bien l'opération, mais il continua à s'affaiblir et il succomba un mois après.

OBSERVATION XXVI

(Mauclaire)

Femme, 35 ans. Elle souffre depuis deux mois de douleurs abdominales. Elle a maigri de 17 kilos en 45 jours. Elle présente depuis cette époque des alternatives de constipation et de diarrhée, des vomissements alimentaires et biliaires ; elle n'a jamais vomi de sang. A la palpation, le ventre est ballonné, tendu, douloureux à gauche. Les médecins avaient posé le diagnostic de rétrécissement de l'S iliaque par néoplasme. L'examen radioscopique et l'épreuve radiographique, après lavement bismuthé, ont donné chez elle des renseignements très intéressants. Ils ont montré d'une façon très nette, à l'union de l'S iliaque avec le côlon descendant, un point rétréci, et comme la malade était très cachectique, on a conclu au rétrécissement néoplasique.

J'ai opéré cette femme et, à mon grand étonnement, j'ai trouvé devant la face antérieure de l'S iliaque un voile membraneux, strié de vaisseaux qui plaquait l'S iliaque. J'ai reséqué ce placard péritonéal, ce qui détermina un

saignement assez abondant, car il était très vasculaire. La malade fut améliorée.

Un mois après, on fit une radioscopie, après lavement bismuthé ; on put constater que le liquide ne passait pas encore franchement au niveau de l'angle colique gauche. Peut-être y avait-il déjà une récidive de ces membranes.

OBSERVATION XXVII

(MAUCLAIRE)

Jeune fille de 18 ans. Depuis six mois elle est constipée. Un beau jour, étant à la campagne, elle eut une poussée typique d appendicite. Six semaines après l'attaque, j'opérai la malade à froid. J'ai trouvé, à côté d'un appendice un peu rouge, légèrement induré, un placard très vascularisé de péricolite membraneuse. En voulant reséquer l'appendice, il me fut facile de reconnaître que ce placard péritonéal partait de la base de l'appendice. Je l'ai donc reséqué, ainsi que le voile membraneux péricæcal.

La malade a eu un peu de fièvre, due à ce qu'elle à probablement fait un petit hématome profond ou une lésion pulmonaire, car elle cracha un peu de sang.

J'ai revu trois mois après cette malade. Elle ne souffrait plus, mais cela persistera-t-il ?

OBSERVATION XXVIII

(*due à l'obligeance de M. le docteur* G. MICHEL)

M^me^ X...., 66 ans, à Laneuveville (Vosges). La malade souffre de troubles gastro-intestinaux, remontant à plusieurs années, assez mal définis et répondant au tableau clinique de l'entérocolite.

Dans ces dernières années, on constate une aggravation de cet état, une modification considérable de l'état général, un

amaigrissement progressif. En même temps s'établissait une constipation opiniâtre.

A plusieurs reprises même, il y eut des crises d'obstruction passagère.

La malade se plaignant surtout du côté droit, va consulter un médecin. Celui-ci constate une tuméfaction dans la fosse iliaque droite ; il m'envoie la malade.

A l examen, je trouve chez cette malade, très amaigrie, une tuméfaction très nette de la région iléo-cæcale, qui correspond à un cæcum très dilaté.

Cette tuméfaction, sonore à la percussion, augmente à certains moments, et fait saillie au niveau de la paroi abdominale ; en même temps que les anses grêles se dessinent.

Cette augmentation de volume s'accompagne de douleurs très vives et de constipation opiniâtre. A plusieurs reprises, dans les derniers jours, vomissements sans caractères.

Malgré plusieurs purgatifs, l'application d'un régime sévère, la tuméfaction persiste.

Je porte le diagnostic de néoplasme du côlon ascendant, ayant amené de l'obstruction chronique ; je propose une intervention qui est acceptée.

Je pratique une laparotomie latérale, décidé à faire, avant l'ablation de la tumeur que je supposais, une iléo-colostomie. Je tombe sur une ampoule cæcale excessivement dilatée, et, sur le côlon ascendant, jusqu'au niveau de l'angle droit, je trouve des brides plus ou moins épaisses, vélamenteuses ou épiploïques, partant de l'intestin pour aller s'insérer à la paroi abdominale, brides qui enserrent et rétrécissent le calibre de l'intestin.

L'appendice était normal. Ces brides étant trop nombreuses et me sachant exposé à un échec depuis une de mes observations, je fais d'emblée l'anastomose de l'intestin grêle, à vingt ou vingt-cinq centimètres de la terminaison, avec le côlon transverse. Les suites opératoires furent tout à fait normales. Un mois après l'opération, la constipation était presque entièrement disparue ; un léger laxatif suffisait pour obtenir une garde-robe normale. Il n'y avait plus de douleurs.

L'état général était bien meilleur. Cet état s'est maintenu depuis l'opération, qui remonte au 15 octobre 1912.

OBSERVATION XXIX

(*due à l'obligeance de M. le docteur* G. MICHEL)

Chez une malade de 48 ans, atteinte de fibrome utérin, fibrome de la paroi postérieure, inclus et ayant dédoublé le méso-rectum, au cours de l'hystérectomie, j ai trouve un gros intestin, côlon descendant et angle droit, enserré par des brides vélamenteuses, épiploïques, fusionnées par place avec le péritoine pariétal.

J'ai libéré ces brides.

Le symptôme principal était une constipation opiniâtre, avec douleurs très vives, qui étaient mises sur le compte de la compression exercée par la tumeur à la paroi postérieure de l'utérus.

Depuis l'hystérectomie et la libération des brides, la malade ne souffre pour ainsi dire plus ; elle a des garde-robes normales.

OBSERVATION XXX

(*due à l'obligeance de M. le docteur* G. MICHEL)

Au cours d'une appendicectomie faite chez une malade de 33 ans présentant des signes d'appendicite chronique, j'ai trouvé des brides vélamenteuses, nacrées, enserrant la terminaison de l'intestin grêle et le commencement du côlon ascendant.

Je me suis borné à reséquer l'appendice, à libérer les brides les plus prononcées. La malade a guéri et ne souffre plus.

OBSERVATION XXXI

(Docteur G. Michel, Congrès de Chirurgie, 1912)

En septembre 1911, on m'adressait un malade dont l'histoire était la suivante : Il s'agissait d'un contremaître d'une usine métallurgique qui, quelques mois auparavant, avait eu, au cours de son travail, l'abdomen frappé par une pièce de fonte placée sur un chariot tournant.

Malgré le choc, l'ouvrier n'était pas tombé ; sur le coup, il ressentit une vive douleur dans le côté droit ; il interrompit son travail, puis il s'alita.

Pendant plusieurs jours, il fut mis à la diète hydrique ; on lui fit les applications de glace. Il aurait vomi les premiers jours, puis tout serait rentré dans l'ordre. Rien d'anormal n'aurait été remarqué dans les selles. Le certificat de constatation portait comme diagnostic : contusion violente de l'abdomen, suites normales. Il faut noter qu'avant cet accident cet ouvrier n'avait jamais souffert du ventre, qu'il était toujours bien portant.

Quelques semaines après, environ six semaines, il est pris de douleurs vives, caractérisées par des coliques, des envies de vomir et, dit le malade : « Je ressentais une sensation de tension dans le côté droit ». Ces crises étaient passagères, n'avaient jamais été constatées par le médecin traitant, aussi avait-on tendance à regarder cette homme comme un exagérateur.

Les crises se répétant, il est envoyé en observation à Nancy où, grâce à un régime sévère, il n'a aucune crise pendant son séjour.

L'examen objectif est toujours négatif.

On le renvoie, mais les crises réapparaissent bientôt ; il m'est alors adressé.

L'état général du malade était bon, on ne constatait rien d'anormal ; les seuls symptômes nets étaient une constipation opiniâtre et des douleurs mal déterminées. C'était trop peu pour proposer d'emblée à cet homme une laparotomie. Je demandai à mon confrère, le docteur Hanriot, de bien vouloir,

après ingestion de bouillie barytée, radioscoper mon malade. Voici les résultats de cet examen :

La prise de la bouillie eut lieu à cinq heures du matin, le 15 décembre. Le premier examen fut fait à neuf heures : la bouillie arrive vers la terminaison de l'intestin grêle. A dix heures, la bouillie a progressé.

A onze heures, midi, une heure et demie, deux heures et demie, examens : la bouillie ne progresse plus, elle a tendance à s'étaler. Les septième, huitième, neuvième, dixième, onzième examens ont lieu à trois heures et demie, quatre heures et demie, cinq heures et demie, sept heures, neuf heures du soir ; la bouillie est arrêtée, les contractions de l'intestin la tassent comme si elle voulait franchir un obstacle. Le 16 et le 17 décembre, elle ne change pas de place, dans la nuit du 17 au 18, le malade a ressenti de violentes coliques. La bouillie s'est étalée dans toute la terminaison de l'intestin grêle. Le malade a une selle dans la journée du 18 ; des douleurs très vives, puis nouvelle selle.

Le diagnostic était précisé, il y avait un obstacle sur le gros intestin, au niveau du cæcum et du côlon ascendant. Je pratiquai une laparotomie latérale le 20 décembre, avec l'assistance de MM. les docteurs Voirin et Sabotier, en présence de MM. les docteurs Hamant et Hanriot.

Je trouvai sur la face antérieure du cæcum et du côlon ascendant deux points de la séreuse intestinale où cette séreuse avait perdu son aspect habituel, où elle était granitée, épaissie sur une surface des dimensions d'une pièce de deux francs.

En partant de ces points épaissis, des brides plus ou moins épaisses, quelques-unes vélamenteuses, enserraient et bridaient l'intestin jusqu'au niveau de l'angle droit du côlon ; par places, brides épiploïques adhérentes. L'appendice était sain en apparence, il fut enlevé ; il n'y avait pas de brides au niveau de l'intestin grêle.

Je libérai le plus complètement possible le cæcum et le côlon ascendant que je voyais se dilater sous mes yeux. Quand la libération fut complète, je refermai la paroi abdominale sans drainage.

De cette opération, le malade retira un grand bénéfice pendant trois mois ; il reprit son travail et semblait guéri ;

quand, peu à peu, les crises réapparurent comme auparavant. Les adhérences et les brides s'étaient reformées. Je proposai une nouvelle intervention qui fut acceptée et par l'ouvrier et par la Compagnie d'assurances représentant l'usine. J'implantai alors l'intestin grêle dans le côlon transverse, au niveau d'une région tout à fait saine.

Je fis une anastomose latérale, et mis un fil de catgut sur la terminaison du grêle, en dessous de l'anastomose. Ces suites opératoires furent tout à fait normales, et le blessé a repris complètement son travail, il ne souffre plus.

Une radioscopie faite avant le départ de G... montra que la bouillie passait directement dans le gros intestin.

Conclusions

En résumé, la péricolite membraneuse, affection assez récemment reconnue et classée, est une altération spéciale du péritoine, soit primitive et ne reconnaissant aucune étiologie nette, soit secondaire et succédant alors à des lésions des organes voisins.

Elle se traduit par l'existence d'un voile membraneux transparent, sillonné de petits vaisseaux ou de brides fibreuses fines, de bandelettes minces, sur une région quelconque du gros intestin, le côlon ascendant ou le cæcum de préférence. Dans les cas extrêmes, on peut rencontrer de larges nappes d'adhérences ou même des masses fibreuses, simulant une néoplasie.

L'origine de ces réactions péritonéales peut être recherchée soit dans la présence d'une colite coexistante, soit dans des altérations des organes voisins.

Les symptômes provoqués par l'existence de ces membranes n'ont rien de bien caractéristiques, et ils se confon-

dent surtout avec ceux de l'appendicite chronique et de l'entérite muco-membraneuse.

La douleur est presque constamment observée, presque toujours en rapport avec les repas, survenant plus ou moins tôt après l'ingestion des aliments. Elle s'accompagne d'un état dyspeptique banal : anorexie, flatulences, éructations, état nauséeux, parfois vomissements, langue saburrale, fétidité de l'haleine, alternance de constipation et de diarrhées.

Parfois des signes de petite occlusion, de stase cæco-colique avec distension du cæcum, peuvent faire penser à un obstacle mécanique et, par conséquent, à l'existence d'adhérences péricoliques, provoquant un rétrécissement, décelable quelquefois à la radioscopie. On note très souvent aussi des signes d'intoxication générale, due à la stase cæcale et pouvant simuler une cachexie cancéreuse avec teint pâle, terreux, peau ridée et flétrie et perte complète des forces.

Le diagnostic est difficile à poser cliniquement; la laparotomie, qui est indiquée en présence de symptômes graves, permettra, à la fois, de confirmer le diagnostic et d'effectuer la cure radicale de la lésion.

Le traitement prophylactique sera le suivant : dans le cas d'appendicectomie, on devra s'astreindre à pratiquer une révision aussi complète que possible du cæcum et du côlon ascendant, et, pour cela les incisions très étroites de mode il y a quelque temps, devront être abandonnées.

Le traitement curatif consistera à inciser la paroi abdominale sur le siège présumé de l'obstruction, à lever l'obstacle en sectionnant les brides qui rétrécissent le calibre de

l'intestin, et à péritoniser, dans la mesure du possible, les surfaces cruentées. Dans les cas graves, où une récidive est à craindre à cause de l'étendue des adhérences, on devra pratiquer une anastomose intestinale isolant de la circulation des matières le segment intestinal intéressé.

Vu :
Nancy, le 7 Avril 1913.
Le Président de la Thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 8 Avril 1913.
Le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 9 Avril 1913.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

Bibliographie

ANDERSEN. — *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* t. LXIII n° 1. Janvier 1912. De la péricolite.

BÉRARD et PATEL. — *Revue de Chirurgie.* Mai 1903. Occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche.

BEUTTNER. — *Revue Médicale de la Suisse Romande.* 1905. p. 132, 135. Un cas de péricolite.

BINNIE. — *The Montly Cyclop.* Août 1905, p. 341. La péricolite droite.

BITTORF. — *Journal de Chirurgie.* Mai 1909, p. 558.

BURCKARDT. — *Munchener Medizin Wochenschrift,* 11 Décembre 1906, p. 2440 .Causes des symptômes du côté gauche dans les périty phlites.

CADE. — *Congrès français de Médecine.* Paris 1912. Rapport sur les colites.

CATZ. — *La Clinique.* Septembre 1911, n°s 35, 36, 37. Traitement chirurgical des colites.

CONNELL. — *Surgery Gynécology Obstétric.* T. XIII, 1911, p. 485. Iléocæcals adhésions.

COTTE. — *Lyon-Chirurgical.* T. VII. 1er janvier 1912. A propos de la péricolite membraneuse.

CROSSEN. — *Surgery Gynécology Obstétric.* T. XIII. Juillet 1911. Péricolite membraneuse.

DELANGRE. — Société de Chirurgie de Paris. Juillet 1906. Péricolite adhésive sténosante.

DELORE et ALAMARTINE. — *Revue de Chirurgie.* T. XXXII, n° 5. Mai 1912. A propos de deux cas de sténoses sus-cæcales avec péricolite membraneuse.

DUVAL. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.* Mai 1910. A propos de la péricolite membraneuse.

FRANKE. — *Archives internationales de chirurgie.* Vol. I. fasc. 2 et 3. Pseudo-appendicitis.

GERSTER. — *Tr. Ann, Surgery Ass. Philadelphie* 1911. T. XXIX, p. 348, 349. Chronic colitis and péricolitis.

GERSUNY. — *Centralblatt fur Chirurgie.* 1899, p. 203. Uber typische péritonéale adhésion.

HAGENBACK. — *Correspondenz Blatt fur schweizer Aerzte.* Deux cas de péricolite.

HALL. — *The Canada Lancet.* T. XLV., nov. 1911. Membraneous pericolitis.

HALLER. — Thèse de Paris 1912. Des épiploïtes chroniques.

HARTMANN. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, p. 219.

HOFMEISTER. — *Beitrage zur clinische Chirurgie* 1911. LXXI, 3. Uber typhlectasie.

ISAACS. — *Medical Repord.* Juin 1912, p. 1206. Péricolite membraneuse.

JACKSON. — *Surgery Gynecology and Obstetric.* T. IX. Sept. 1909, p. 283. et *Semaine Médicale* 1910, p. 54.

KIDD. — *The Lancet,* 1907 9-13. Hyperplastic tuberculous pericolitis.

KILIANI. — *Annals of Surgery.* 1912., p. 314. Membraneous pericolitis.

KUSS. — *Revue de Chirurgie.* 1910. T. 41 et 42. Les rétrécissements péricoliques pelviens.

LEGUEU. — *Semaine Médicale.* Déc. 1911.

LEJARS. — *Semaine Médicale.* Déc. 1911. La coudure iléale et la péricolite membraneuse.

— *Semaine Médicale,* 1904. n° 12, p. 89.

LEQUES. — Thèse de Lyon, 1911-1912. n° 64.

LIGUABE. — *Clinica chirurgica,* 1911. T. XIX, p. 1934.

LŒPER. — Leçons de pathologie digestive, p. 61. Les péricolites du transverse et des angles du côlon.

MARSHALL FLINT. — *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.* T. XXIII, n° 260, oct. 1912. Bandes et membranes embryonnaires autour du cæcum.

MAUCLAIRE. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie.* 25 janvier 1913. La péricolite membraneuse.

MAUTLE. — *The British medical journal.* 1908, n° 2480, 11 juillet. Colite muqueuse et ses relations avec l'appendicite et la péricolite.

MAYO. — *Surgery Gynecology and Obstetric.* Janv. 1911. Intestinal obstruction.

MICHEL (G.). — XXV^e Congrès de Chirurgie. Paris. *Presse médicale.* Nov. 1912.

NEWTON. — *Med. Chron.* (Manchester) 1907. The varietes of pericolic inflammation.

OPPEL. — *Roussky Wratch,* 1910. II^e Congrès n^os 21 à 26.

PAL. — *Wiener klinishe Wochenschrift,* 1897, n^os 18-19. Primaire submucose circumscripte colites.

PATEL. — *Revue de Chirurgie,* mars 1907, p. 524. Péricolite sténosante.

PAUCHET. — Traitement de la constipation chronique. *La Clinique,* nov. 1911, n° 44, p. 703.

PAYR. — *Revue de Chirurgie,* avril 1906. Péricolite de l'angle gauche.

PILCHER. — *Annals of Surgery,* LV n° 1, janvier 1912. Péricolite membraneuse au point de vue chirurgicale.

POTHERAT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie,* juillet 1906, p. 609 et 758. Péricolite adhésive sténosante.

POWER. — *British Medical Journal,* 1906, p. 1174. The causes, sequelæ and treatment of pericolic inflammation.

QUENU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,* 1902, p. 695.

ROBITSECK. — *J. Minneapolis med. ass.,* 1910, T. XXX, p. 355, 357. Membraneous pericolitis.

ROLLESTON. — *Tr. Med. Soc. London,* 1905, T.XXVIII. Pericolitis sinistra.

ROUX. — *Archives des maladies de l'appareil digestif,* mai 1910, p. 256. Constipation cæcale.

— *Journal de Médecine de Paris,* avril 1912. Des colites chroniques.

Saillant. — Thèse de Paris, 1905-1906, n° 250. Sigmoïdites et perisigmoïdites.

Segond. — *Revue de Gynécologie.* Rapport sur les colites chroniques. T. XVII 1911.

Servent. — Thèse de Lyon, 1907-1908, n° 80. Essai sur les colites et péricolites.

Sieur. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1906, p. 625. Péricolite adhésive chronique.

Tavel. — *Revue Médicale de la Suisse romande*, 1904. Péricolite cicatricielle.

Tixier. — Société de Chirurgie de Lyon, mars 1905. Occlusion intestinale par coudure de l'angle droit du côlon.

Tripier et Paviot. — *Semaine Médicale*, 1903. Étude sur l'appendicite chronique.

Virchow. — *Virchows Archiv*, T. V 1853, p. 281.

Walther. — Rapport au XXIV^e^ Congrès français de chirurgie. Traitement de l'appendicite chronique.

Walcker. — *British Medical Journal*, 1907. Neglected constipation and pericolic inflammation.

Windscheid. — *Deutsches Archivs für klinische Medizin.* 1889, T. XLV., p. 233. Drei fälle von Pericolitis.

Table des Matières

Pages

HISTORIQUE 1

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique 6

CHAPITRE II

Pathogénie 11

CHAPITRE III

Symptomatologie 18

CHAPITRE IV

Diagnostic 37

CHAPITRE V

Traitement 51

OBSERVATIONS 58

CONCLUSIONS 84

BIBLIOGRAPHIE 87